Nº 175 - TOMO 445 2 DE OCTUBRE DE 2007

REPUBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY

DIARIO DE SESIONES DE LA CAMARA DE SENADORES

TERCER PERIODO ORDINARIO DE LA XLVI LEGISLATURA

36ª SESION EXTRAORDINARIA

PRESIDEN EL SEÑOR RODOLFO NIN NOVOA
(Presidente)

LA SENADORA DOCTORA MONICA XAVIER
(Segunda Vicepresidenta)

Y EL SEÑOR SENADOR GUSTAVO PENADES
(Tercer Vicepresidente)

ACTUAN EN SECRETARIA LOS TITULARES
ARQUITECTO HUGO RODRIGUEZ FILIPPINI Y SEÑOR SANTIAGO GONZALEZ BARBONI
Y LOS PROSECRETARIOS ESCRIBANA CLAUDIA PALACIO Y DOCTOR ERNESTO LORENZO

SUMARIO

Páginas

1) Texto de la citación..... 268

2) Asistencia..... 269

3 y 15) Asuntos entrados..... 269 y 395

4) Centro regional de profesores 270

- Solicitud de autorización del señor Senador Antía para realizar una exposición de veinte minutos en la sesión del día 10 de octubre.

- Concedida.

Páginas

5) Pedidos de informes..... 270

- El señor Senador Sanguinetti, de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 118 de la Constitución de la República, solicita se curse un pedido de informes con destino al Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca, relacionado con las indemnizaciones correspondientes a los inmuebles afectados por las crecidas del Río Uruguay y sus afluentes; y otro con destino al Ministerio de Economía y Finanzas, relacionado con los expedientes remitidos por el Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca vinculados con los inmuebles afectados por las crecidas del Río Uruguay y sus afluentes.

- Oportunamente fueron tramitados.

6, 8, 13, 17 y 23) Solicitudes de licencia.... 271, 272, 391, 399 y 435

- Las formulan los señores Senadores Larrañaga, Amaro, Abreu, Baráibar y Korzeniak.

- Concedidas.

7, 9 y 18) Integración del Cuerpo ..... 272 y 399

- Notas de desistimiento. Las presentan los señores Juan Andrés Ramírez y Enrique Pintado, comunicando que, por esta única vez, no aceptan la convocatoria de que han sido objeto.

- La Corte Electoral da cuenta de que proclamó Senador al tercer titular de la lista de candidatos sublema "Unidad y Pluralismo Frenteamplista", del lema Partido Encuentro Progresista - Frente Amplio - Nueva Mayoría, señor Manuel Laguarda, y suplentes a la señoras Sara López y Rosario Alzugaray, y al señor Gastón Silberman, y de que dichas proclamaciones se hacen con carácter temporal y por el término de la licencia de la señora Senadora Xavier.

10, 12, 14, 20, y 22) Sistema Nacional Integrado de Salud..... 273, 385, 392, 400 y 424

- Proyecto de ley por el que se crean normas referidas al Sistema Nacional Integrado de Salud.

- Por moción de la señora Senadora Xavier, el Senado resuelve que se distribuya un modificativo y comparativo, así como un proyecto complementario, que es de iniciativa privativa del Poder Ejecutivo, con relación a gastos del proyecto a consideración.

- En discusión general. Aprobado.

11 y 24) Suspensión de las sesiones ordinarias de los días 2, 3 y 9 de octubre..... 384 y 436

- Por moción de la señora Senadora Xavier, el Senado resuelve suspender la sesión ordinaria convocada para el día de la fecha.

- Por moción de varios señores Senadores, el Senado resuelve suspender la sesión ordinaria del día 3 de octubre y convocar a sesión extraordinaria para el mismo día para recibir al señor Ministro de Transporte y Obras Públicas en régimen de Comisión General.

- Por moción de la señora Senadora Xavier, complementada por el señor Senador Michelini, el Senado resuelve pasar a cuarto intermedio hasta al martes 9 a la hora 10 y suspender la sesión ordinaria de ese día.

16) Proyecto presentado..... 395

- El señor Senador Lara Gilene presenta, con exposición de motivos, un proyecto de ley relacionado con la radiodifusión social de servicio público sin fines de lucro.

- A la Comisión de Población, Desarrollo e Inclusión.

19 y 21) Subsidio al transporte colectivo de pasajeros urbano y suburbano..... 399 y 405

- Proyecto de ley por el que se autoriza al Poder Ejecutivo a subsidiar el transporte colectivo de pasajeros urbano y suburbano con el objetivo de reducir el precio de los boletos respectivos.

- Por moción del señor Senador Michelini, el Senado resuelve que se reparta el proyecto de ley y se declare urgente su consideración.

- En consideración. Aprobado. Se comunicará a la Cámara de Representantes.

25) Se levanta la sesión..... 436

---

1) TEXTO DE LA CITACION

"Montevideo, 27 de setiembre de 2007.

La CAMARA DE SENADORES se reunirá en sesión extraordinaria, el próximo martes 2 de octubre, a la hora 10, a fin de informarse de los asuntos entrados y considerar el siguiente

ORDEN DEL DIA

- Discusión general y particular del proyecto de ley por el que se crean normas referidas al Sistema Nacional Integrado de Salud.
  Carp. Nº 755/07 - Rep. Nº 507/07 y Anexo I

Santiago González Barboni Secretario

Hugo Rodríguez Filippini Secretario."

2) ASISTENCIA

ASISTEN: los señores Senadores **Abreu, Aguirre Ramírez, Alfie, Antía, Baráibar, Bentancor, Cid, Couriel, Da Rosa, Dalmás, Fernández Huidobro, Gallinal, Gamou, Heber, Korzeniak, Lapaz, Lara Gilene, Long, Lorier, Michelini, Percovich, Ríos, Sanguinetti, Saravia, Topolansky** y **Vaillant.**

FALTAN: con licencia, los señores Senadores **Amaro, Breccia** y **Larrañaga** y, con aviso, el señor Senador **Moreira.**

3) ASUNTOS ENTRADOS

SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Es la hora 10 y 13 minutos)

- Dese cuenta de los asuntos entrados.

(Se da de los siguientes:)

"La Presidencia de la Asamblea General destina Mensajes del Poder Ejecutivo a los que acompañan los siguientes proyectos de ley:

- por el que se autoriza la salida del país de efectivos del Ejército Nacional a fin de participar en el ejercicio combinado "Integración I", que se llevará a cabo en la República Argentina, entre los días 8 y 12 de octubre de 2007.

- *A LA COMISION DE DEFENSA NACIONAL.*

- por el que se establecen normas que garantizan el Derecho a la Protección de Datos Personales *(Habeas Data).*

- *A LA COMISION DE EDUCACION Y CULTURA.*

- por el que se establece un régimen de subsidio al transporte colectivo

- *A LA COMISION DE HACIENDA.*

- por el que se modifican normas contenidas en el proyecto de ley sobre Sistema Nacional Integrado de Salud, referidas a su financiación.

- *A LA COMISION DE SALUD PUBLICA.*

El Poder Ejecutivo remite Mensajes solicitando:

- venia para designar al señor Coronel (Nav.), en situación de retiro, don Fredy T. Prieto, como Miembro Integrante Militar de la Suprema Corte de Justicia.

- *A LA COMISION DE DEFENSA NACIONAL.*

- venias para destituir de sus cargos a:

  - cuatro funcionarias del Ministerio de Salud Pública.

  - un funcionario del Ministerio de Salud Pública.

  - un funcionario del Ministerio de Defensa Nacional.

- *A LA COMISION DE ASUNTOS ADMINISTRATIVOS.*

La Cámara de Representantes remite aprobados los siguientes proyectos de ley:

- por el que se declara feriado no laborable para la ciudad de Fraile Muerto, departamento de Cerro Largo, el día 3 de enero de 2008, con motivo de conmemorarse el centenario de su fundación.

- *A LA COMISION DE CONSTITUCION Y LEGISLACION.*

- por el que se prorroga por 90 (noventa) días el plazo de presentación de peticiones ante la Comisión Especial creada por la Ley Nº 18.033, de 13 de octubre de 2006.

- *A LA COMISION DE ASUNTOS LABORALES.*

- y comunica que sancionó el proyecto de ley por el que se faculta al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social a extender el subsidio por desempleo a los trabajadores de la cooperativa COOPDY, en los términos y condiciones que establezca la reglamentación.

- *AGREGUESE A SUS ANTECEDENTES Y ARCHIVESE.*

La Comisión de Ganadería, Agricultura y Pesca remite informado el proyecto de ley aprobado en nueva forma por la Cámara de Representantes, por el que se crean normas para el 'Repoblamiento de la Campaña'.

- *HA SIDO INCLUIDO EN EL ORDEN DEL DIA DE LA SESION ORDINARIA DE HOY.*

El señor Senador Enrique Antía, de acuerdo a lo previsto en el artículo 171 del Reglamento del Senado, solicita autorización para realizar una exposición en la sesión del día 10 de octubre próximo, por el término de veinte minutos, relacionada con el Centro Regional de Profesores, situación actual y perspectivas sobre el mismo.

- *SE VA A VOTAR LUEGO DE LEIDOS LOS ASUNTOS ENTRADOS.*

El Ministerio de Salud Pública remite respuesta al pedido de informes del señor Senador Julio Lara Gilene, referente a la tramitación de Carnés de Asistencia en el Hospital de Pando.

- *OPORTUNAMENTE FUE ENTREGADO AL SEÑOR SENADOR JULIO LARA GILENE.*

La Junta Departamental de Canelones remite:

- copia de las palabras pronunciadas por la señora Edila Rosario Villarreal relacionadas con la situación de la empresa de acompañantes VIDA.

- *A LA COMISION DE ASUNTOS LABORALES Y SEGURIDAD SOCIAL.*

- copia de las palabras pronunciadas por el señor Edil Gustavo Silva, referidas al tema 'Bases y fundamentos político-ideológicos sobre la descentralización'.

- copia de las palabras pronunciadas por integrantes de Seccional AEBU (Asociación de Empleados Bancarios del Uruguay) Canelones referentes al tema 'Caja de Jubilaciones y Pensiones Bancarias'.

- copia de las palabras pronunciadas por el señor Edil Walter Barreiro referidas al tema 'Gobierno Frenteamplista y Oposición'.

- *TENGANSE PRESENTES.*

La Junta Departamental de Flores remite nota brindando apoyo al planteamiento formulado por el Edil señor Joselo Hernández, de su homónima de Canelones, con relación a la necesidad de que los coches que cubren líneas interdepartamentales cuenten con gabinetes higiénicos.

- *TENGASE PRESENTE.*

La Junta Departamental de Florida remite notas adjuntando:

- copia de las palabras del señor Edil Dr. Ernesto Piccone, relativas al reclamo realizado a las autoridades departamentales de Salud Pública, vinculado con la devolución de la ambulancia de Cerro Colorado perteneciente a la policlínica de dicha localidad.

- *A LA COMISION DE SALUD PUBLICA.*

- copia de las palabras del señor Edil Suplente Antonio Corujo, relacionadas con la autorización por parte de la URSEC para la instalación de un canal de aire en el departamento.

- *TENGASE PRESENTE.*

La Junta Departamental de Rivera remite notas adjuntando:

- antecedentes relativos a la concesión de chapas de remises en el departamento.

- *A LA COMISION DE CONSTITUCION Y LEGISLACION.*

- copia de la exposición realizada por el señor Edil Néstor López Arezo, manifestando su inquietud por la inseguridad que padece una familia residente de la ciudad de Tranqueras.

- *A LA COMISION DE POBLACION, DESARROLLO E INCLUSION.*

- copia de las palabras pronunciadas por el señor Edil Gerardo Amarilla, referentes a las dificultades que atraviesa el sistema carcelario en nuestro país y a las malas condiciones laborales en que se encuentran los policías penitenciarios.

- *A LA COMISION DE ASUNTOS LABORALES Y SEGURIDAD SOCIAL.*

- exposición del señor Edil Néstor López, referente al llamado de personal obrero para el Ministerio de Transporte y Obras Públicas.

- *TENGASE PRESENTE.*

La Junta Departamental de Maldonado remite copia de la versión taquigráfica de las palabras pronunciadas por el señor edil Daniel Ancheta, relacionadas con la necesidad de instrumentar medidas para la realización de un festival de canto internacional.

- *A LA COMISION DE INDUSTRIA, ENERGIA, COMERCIO, TURISMO Y SERVICIOS.*

La Junta Departamental de Salto remite Resolución Nº 374/07 referida a avión ambulancia para la región norte del país.

- *TENGASE PRESENTE.*"

4) CENTRO REGIONAL DE PROFESORES

SEÑOR PRESIDENTE.- Se va a votar la autorización que solicita el señor Senador Antía para realizar una exposición de 20 minutos en la sesión del 10 de octubre, relacionada con el Centro Regional de Profesores, situación actual y perspectivas sobre el mismo.

(Se vota:)

- 19 en 20. **Afirmativa.**

5) PEDIDOS DE INFORMES

SEÑOR PRESIDENTE.- Dese cuenta de dos pedidos de informes.

(Se da de los siguientes:)

"El señor Senador Julio María Sanguinetti, de acuerdo a lo dispuesto por el artículo 118 de la Constitución de la República, solicita se cursen los siguientes pedidos de informes:

- con destino al Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca, relacionado con las indemnizaciones correspondientes a los inmuebles afectados por las crecidas del Río Uruguay y sus afluentes.

- con destino al Ministerio de Economía y Finanzas, relacionado con los expedientes remitidos por el Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca vinculados con los inmuebles afectados por las crecidas del Río Uruguay y sus afluentes.

- *OPORTUNAMENTE FUERON TRAMITADOS.*

(Texto de los pedidos de informes:)

"Montevideo, 18 de setiembre de 2007.

Señor Presidente del Senado
Don Rodolfo Nin Novoa
Presente.

De mi consideración:

Al amparo de lo dispuesto por el artículo 118 de la Constitución de la República, solicito a usted se remita al Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca el siguiente pedido de informes:

1. ¿Con qué frecuencia se reúne la Comisión Honoraria creada por el artículo 3° de la Ley N° 15.845?

2. ¿Cuántos y cuáles son los expedientes relativos a inmuebles rurales de los departamentos de Artigas y Salto respecto de los cuales aún no se han establecido los montos indemnizatorios por sistemas de riego?

3. ¿Se han establecido, ya, las líneas de riberas, necesarias para la constitución adecuada de las correspondientes servidumbres administrativas de ocupación temporaria de aguas (artículo 1° de la Ley N° 15.845), y los criterios de indemnización para las plantas urbanas de Bella Unión y Pueblo Cuareim? En caso afirmativo, solicito se me informe pormenorizadamente a ese respecto. Y en caso negativo, solicito se indique cuánto tiempo se estima insumirá completar esa tarea.

4. ¿Cuántos y cuáles son los expedientes que ya han sido remitidos por esa Secretaría de Estado al Ministerio de Economía y Finazas a efectos de que éste proceda a efectivizar las correspondientes indemnizaciones por constitución de servidumbre administrativa de ocupación temporaria de aguas (artículos 1° y 3° de la Ley N° 15.845) y en qué fechas fueron remitidos?

5. ¿Cuántos y cuáles fueron los expedientes, relativos a las indemnizaciones referidas en el numeral precedente, devueltos por el Ministerio de Economía y Finanzas a esa Secretaría de Estado para su reconsideración? Solicito se indique para cada uno de ellos las razones invocadas por el Ministerio de Economía y Finanzas para no proceder a hacer efectivas las indemnizaciones correspondientes.

6. En caso de existir expedientes, relativos a la Ley N° 15.845, devueltos a esa Secretaría de Estado por parte del Ministerio de Economía y Finanzas, ¿cómo se ha procedido respecto de cada uno de ellos?

Saludo a usted muy atentamente,

Dr. Julio María Sanguinetti. Senador."

"Montevideo, 18 de setiembre de 2007.

Señor Presidente del Senado
Don Rodolfo Nin Novoa.
Presente.

De mi consideración:

Al amparo de lo dispuesto por el artículo 118 de la Constitución de la República, solicito a usted se remita al Ministerio de Economía y Finanzas el siguiente pedido de informes:

1. ¿Cuántos y cuáles expedientes le fueron remitidos a esa Secretaría de Estado por el Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca, a efectos de proceder al pago de indemnizaciones previstas en la Ley N° 15.845, por servidumbre administrativa de ocupación temporaria de aguas (artículos 1° y 3°) y en qué fechas le fueron remitidos?

2. ¿Han sido efectivizadas las indemnizaciones referidas en el numeral precedente? De no ser así, solicito se me indique respecto de cuáles expedientes no se ha procedido a efectivizar la correspondiente indemnización, indicando los motivos invocados para cada uno de ellos y si todos o algunos -y cuáles- de éstos han sido devueltos al Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca y en qué fechas.

Saludo a usted muy atentamente.

Dr. Julio María Sanguinetti. Senador."

6) SOLICITUDES DE LICENCIA

SEÑOR PRESIDENTE.- Dese cuenta de una solicitud de licencia llegada a la Mesa.

(Se da de la siguiente:)

"El señor Senador Larrañaga solicita licencia por el día de la fecha."

- Léase.

(Se lee:)

SEÑOR SECRETARIO (Arq. Hugo Rodríguez Filippini).-

"Montevideo, 2 de octubre de 2007.

Sr. Presidente del Senado
Don Rodolfo Nin Novoa

De mi mayor consideración:

Por intermedio de la presente solicito al Cuerpo que el 2 de octubre del 2007 se me otorgue un día de licencia, y se convoque a mi suplente correspondiente, de conformidad con la Ley Nº 17.827, Artículo 1º, Literal D.

Sin otro particular, saluda a Ud. muy atentamente,

Jorge Larrañaga. Senador."

SEÑOR PRESIDENTE.- Se va a votar si se concede la licencia solicitada.

(Se vota:)

- 21 en 21. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

7) INTEGRACION DEL CUERPO

SEÑOR PRESIDENTE.- Se comunica al Cuerpo que el señor Juan Andrés Ramírez ha presentado nota de desistimiento informando que por esta única vez no acepta la convocatoria de que ha sido objeto, por lo que se invita a pasar a Sala al señor Gonzalo Aguirre, quien ya ha prestado el juramento de estilo.

8) SOLICITUDES DE LICENCIA

SEÑOR PRESIDENTE.- Dese cuenta de otra solicitud de licencia llegada a la Mesa.

(Se da de la siguiente:)

"El señor Senador Amaro solicita licencia desde el 2 hasta el 4 de octubre".

- Léase.

(Se lee:)

SEÑOR SECRETARIO (Arq. Hugo Rodríguez Filippini).-

"Montevideo, 2 de octubre de 2007.

Sr. Presidente de la
Cámara de Senadores
Don Rodolfo Nin Novoa
Presente.

De mi mayor consideración:

Cúmpleme dirigirme a Ud. a los efectos de solicitar licencia al amparo de lo establecido en la Ley Nº 17.827 Literal A, desde el día martes 2 de octubre hasta el jueves 4 inclusive, convocando a mi suplente respectivo. (Se adjunta certificado).

Sin otro particular, saluda a Ud. atentamente.

Juan Justo Amaro. Senador."

SEÑOR PRESIDENTE.- Se va a votar si se concede la licencia solicitada.

(Se vota:)

- 21 en 21. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

Se convocará al suplente respectivo.

9) INTEGRACION DEL CUERPO

SEÑOR PRESIDENTE.- Habiéndose votado oportunamente la licencia de la señora Senadora Xavier y leídas las notas de desistimiento presentadas, corresponde leer la proclamación realizada por la Corte Electoral.

- Léase.

(Se lee:)

SEÑOR SECRETARIO (Arq. Hugo Rodríguez Filippini).-

"Montevideo, 19 de setiembre de 2007.

Sr. Presidente de la
Cámara de Senadores
Don Rodolfo Nin Novoa

La Corte Electoral resuelve:

1. Proclámase Senador al tercer titular de la lista de

candidatos sublema 'Unidad y Pluralismo Frenteamplista' del lema Partido Encuentro Progresista - Frente Amplio - Nueva Mayoría señor Manuel Laguarda y suplentes Sra. Sara López y Rosario Alzugaray y Sr. Gastón Silberman.

Dichas proclamaciones se hacen con carácter temporal y por el término de la licencia concedida a la Sra. Senadora Mónica Xavier y en el concepto de que se han cumplido las condiciones establecidas en el artículo 116 de la Constitución y en el artículo 3º de la Ley Nº 10.618, de 24 de mayo de 1945 y en el literal d de la Ley Nº 17.827.

Saludo al señor Presidente con mi más distinguida consideración.

Carlos A. Urruty
Presidente

Antonio Morell
Secretario Letrado."

SEÑOR PRESIDENTE.- Oportunamente se convocará al señor Manuel Laguarda.

10) SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

SEÑOR PRESIDENTE.- El Senado ingresa a la consideración del Orden del Día: "Discusión general y particular del proyecto de ley por el que se crean normas referidas al Sistema Nacional Integrado de Salud (Carp. Nº 755/07 - Rep. Nº 507/07 y Anexo I)".

(Antecedentes:)

"Carp. N° 755/05
Rep. N° 507/07

CAMARA DE SENADORES

Comisión de Salud Pública
integrada con Hacienda

PROYECTO DE LEY SUSTITUTIVO DE LA COMISION

CAPITULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1°.- La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social.

Artículo 2°.- Compete al Ministerio de Salud Pública la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud que articulará a prestadores públicos y privados de atención integral a la salud determinados en el artículo 265 de la Ley N° 17.930, de 19 de diciembre de 2005.

Dicho sistema asegurará el acceso a servicios integrales de salud a todos los habitantes residentes en el país.

Artículo 3°.- Son principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud:

a) La promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población.

b) La intersectorialidad de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población.

c) La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud.

d) La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones.

e) La orientación preventiva, integral y de contenido humanista de la atención a la salud.

f) La calidad integral de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de Bioética y los derechos humanos de los usuarios.

g) El respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud.

h) La elección informada de prestadores de salud por parte de los usuarios.

i) La participación social de trabajadores y usuarios.

j) La solidaridad en el financiamiento general.

k) La eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales.

l) La sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud.

Artículo 4°.- El Sistema Nacional Integrado de Salud tiene los siguientes objetivos:

a) Alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida, y la

participación en todas aquellas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

b) Implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos.

c) Impulsar la descentralización de la ejecución en el marco de la centralización normativa, promoviendo la coordinación entre dependencias nacionales y departamentales.

d) Organizar la prestación de servicios según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales de servicios.

e) Lograr el aprovechamiento nacional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse.

f) Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica.

g) Fomentar la participación activa de trabajadores y usuarios.

h) Establecer un financiamiento equitativo de la atención integral de la salud.

Artículo 5°.- A efectos de lo dispuesto en el artículo 2°, compete al Ministerio de Salud Pública:

a) Elaborar las políticas y normas conforme a las cuales se organizará y funcionará el Sistema Nacional Integrado de Salud, y ejercer el contralor general de su observancia.

b) Registrar y habilitar a los prestadores de servicios integrales de salud que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud y a los prestadores parciales con quienes contraten.

c) Controlar la gestión sanitaria, contable y económico financiera de las entidades, en los términos de las disposiciones aplicables.

d) Fiscalizar la articulación entre prestadores en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud.

e) Aprobar los programas de prestaciones integrales de salud que deberán brindar a sus usuarios los prestadores públicos y privados que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, y mantenerlos actualizados de conformidad con los avances científicos y la realidad epidemiológica de la población.

f) Instrumentar y mantener actualizado un sistema nacional de información y vigilancia en salud.

g) Regular y desarrollar políticas de tecnología médica y de medicamentos, y controlar su aplicación.

h) Diseñar una política de promoción de salud que se desarrollará conforme a programas cuyas acciones llevarán a cabo los servicios de salud públicos y privados.

i) Promover, en coordinación con otros organismos competentes, la investigación científica en salud y la adopción de medidas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población.

j) Las demás atribuciones que le otorga esta ley, la Ley N° 9.202 “Orgánica de Salud Pública”, de 12 de enero de 1934 y otras disposiciones aplicables.

Artículo 6°.- El Ministerio de Salud Pública creará un registro obligatorio de recursos de tecnología de diagnóstico y terapéutica de alto porte de los servicios de salud.

La reglamentación determinará los contenidos de la información que deben proporcionar las instituciones, su periodicidad y las sanciones en caso de incumplimiento. Toda nueva incorporación de tecnología deberá ser aprobada por el Ministerio de Salud Pública teniendo en cuenta la información científica disponible, la necesidad de su utilización y la racionalidad de su ubicación y funcionamiento.

Artículo 7°.- La política nacional de medicamentos tendrá por objetivo promover su uso racional y sustentable. El Ministerio de Salud Pública aprobará un formulario terapéutico único de medicamentos que contemple los niveles de atención médica y establecerá la obligatoriedad de su prescripción por denominación común internacional según sus principios activos; racionalizará y optimizará los procesos de registro de medicamentos y fortalecerá las actividades de inspección y fiscalización de empresas farmacéuticas y la fármaco vigilancia.

Artículo 8°.- El control de la calidad integral de la atención en salud a cargo del Ministerio de Salud Pública tomará en cuenta el respeto a principios de la bioética y a los derechos de los usuarios.

Dicha modalidad será aplicable a la incorporación y uso de tecnologías y medicamentos.

Artículo 9°.- El Ministerio de Salud Pública, en coordinación con otros organismos competentes promoverá y evaluará que el desarrollo profesional continuo de los re-

cursos humanos de las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud responda a los principios rectores del mismo.

Artículo 10.- El Ministerio de Salud Pública promoverá la armonización de los parámetros de calidad de los bienes, servicios y factores productivos del área de salud y los mecanismos de control sanitario de los Estados Parte del MERCOSUR, en el marco del proceso de integración regional.

CAPITULO II

INTEGRACION DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Artículo 11.- Podrán integrar el Sistema Nacional Integrado de Salud:

a) Los servicios de salud a cargo de personas jurídicas públicas.

b) Las entidades a que refiere el artículo 265 de la Ley N° 17.930, de 19 de diciembre de 2005.

Artículo 12.- Para integrar el Sistema Nacional Integrado de Salud es preceptivo que las entidades públicas y privadas cuenten con órganos asesores y consultivos representativos de sus trabajadores y usuarios. La reglamentación determinará la naturaleza y forma de los mismos, según el tipo de entidades de que se trate.

Artículo 13.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, además de sus órganos de gobierno, deberán contar con un Director Técnico como autoridad responsable ejecutiva en el plano técnico ante la propia entidad, la Junta Nacional de Salud y el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 14.- Para autorizar como integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud a las entidades referidas en el artículo 11, la Junta Nacional de Salud evaluará, además de los requisitos establecidos en los artículos 5° literal b), 12 y 13, su caudal de usuarios, los recursos humanos, la planta física, el equipamiento, los programas de atención a la salud, la tecnología, el funcionamiento organizacional y el estado económico financiero, según criterios que fije la reglamentación.

La integración al Sistema Nacional Integrado de Salud tendrá carácter funcional, no modificando la titularidad de las entidades ni su autonomía administrativa.

Artículo 15.- La Junta Nacional de Salud suscribirá un contrato de gestión con cada uno de los prestadores que se integre al Sistema Nacional Integrado de Salud, con el objeto de facilitar el contralor del cumplimiento de las obligaciones que impone a éstos la presente ley. La reglamentación determinará el contenido de dichos contratos.

Artículo 16.- Las entidades que se integren al Sistema Nacional Integrado de Salud ajustarán su actuación a las normas técnicas que dicte el Ministerio de Salud Pública y quedarán sujetas a su contralor.

Artículo 17.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán recabar, con fundamentos debidamente documentados, autorización del Ministerio de Salud Pública, quien oirá en todos los casos a la Junta Nacional de Salud, para:

a) Crear, clausurar o suspender servicios de atención médica;

b) Construir, reformar o ampliar plantas físicas destinadas a la atención médica;

c) Adquirir, enajenar, ceder y constituir otros derechos reales sobre bienes inmuebles y equipos sanitarios.

Artículo 18.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud no podrán realizar afiliaciones de carácter vitalicio, sin perjuicio de respetar los derechos adquiridos al amparo de normativas anteriores a esta ley. En estos casos, las prestaciones que supongan no darán derecho a la entidad al cobro de cuotas salud.

Artículo 19.- Las prestaciones incluidas en los programas integrales que apruebe el Ministerio de Salud Pública podrán requerir el pago de tasas moderadoras, que autorizará el Poder Ejecutivo, fijando también sus montos máximos.

Artículo 20.- Los profesionales e instituciones que presten servicios de salud podrán realizar publicidad mediante cualquier modalidad de difusión siempre que limiten las menciones a sus datos identificatorios, títulos que posean y especialidades que desarrollen, los que deberán estar debidamente registrados ante el Ministerio de Salud Pública.

Cuando dichos profesionales o instituciones se propongan ampliar el alcance de su publicidad, deberán recabar previamente autorización al Ministerio de Salud Pública, en los términos de la reglamentación aplicable.

Las personas o instituciones que infrinjan estas normas se harán pasibles de sanciones entre treinta (30) y quinientas (500) Unidades Reajustables (UR) que aplicará el citado Ministerio, sin perjuicio de la inmediata suspensión de la publicidad que le será notificada a los responsables de los medios utilizados para su difusión. Si la orden no fuere efectivizada, a los medios se les aplicarán iguales sanciones económicas.

Artículo 21.- Las entidades de atención a la salud privadas que no se incorporen al Sistema Nacional Integrado de Salud podrán seguir prestando servicios a sus usuarios mediante el régimen de libre contratación, siempre que hayan sido habilitadas por el Ministerio de Salud Pública y se sujeten a su control en lo sanitario.

CAPITULO III

JUNTA NACIONAL DE SALUD

Artículo 22.- Créase la Junta Nacional de Salud como servicio descentralizado con los cometidos que se establecen en esta ley.

Tendrá personería jurídica y patrimonio propio, y fijará su domicilio en la ciudad de Montevideo, sin perjuicio de las dependencias que establezca en otros lugares del país.

Artículo 23.- Son cometidos de la Junta Nacional de Salud:

a) Administrar el Seguro Nacional de Salud que crea esta ley, con arreglo a sus disposiciones y a la reglamentación respectiva.

b) Velar por la observancia de los principios rectores y objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud, de conformidad con las políticas y normas que establezca el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 24.- La Dirección de la Junta Nacional de Salud estará a cargo de un Directorio integrado por 7 miembros, 4 de ellos serán designados por el Poder Ejecutivo en la forma prevista por el artículo 187 de la Constitución de la República; 2 a propuesta del Ministerio de Salud Pública, uno de los cuales lo presidirá; 1 a propuesta del Ministerio de Economía y Finanzas y otro a propuesta del Banco de Previsión Social. Los restantes 3 miembros representarán a los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, a sus trabajadores y a sus usuarios, a razón de uno por cada sector y su mandato tendrá una duración máxima de 2 años.

La reglamentación de esta ley determinará la forma de elección de los representantes de los prestadores, trabajadores y usuarios a que refiere el inciso anterior, mediante mecanismos que aseguren una selección democrática.

Artículo 25.- Para la integración del primer Directorio de la Junta Nacional de Salud los representantes sociales serán designados por las organizaciones representativas de prestadores y trabajadores respectivamente.

Asimismo la primer designación de la representación de los usuarios será determinada en la reglamentación de esta ley.

Artículo 26.- La Junta Nacional de Salud contará con Consejos Asesores Honorarios Departamentales o Locales, que se integrarán en la forma que determine la reglamentación de la presente ley, observando que en los mismos estén representados los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, sus trabajadores y sus usuarios.

Estos Consejos tendrán funciones de asesoramiento, proposición y evaluación en sus respectivas jurisdicciones, pero sus informes y propuestas no tendrán carácter vinculante.

Artículo 27.- Compete al Directorio de la Junta Nacional de Salud:

a) Representar al organismo a través de su Presidente, pudiendo otorgar los mandatos que en su caso corresponda.

b) Suscribir con los prestadores que se integren al Sistema Nacional Integrado de Salud los contratos de gestión a que refiere el artículo 15 de la presente ley.

c) Regular los mecanismos de financiamiento de la atención integral de salud que corresponda a los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud y fiscalizar la efectiva integración de los aportes al Fondo Nacional de Salud que se determinan en el Capítulo VII de esta ley.

d) Disponer el pago de cuotas salud a los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, de acuerdo a sus padrones de usuarios y previa verificación del cumplimiento de las obligaciones a su cargo.

e) Regular las relaciones entre los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud y entre éstos y terceros.

f) Disponer la suspensión temporal o definitiva, total o parcial del pago de cuotas salud en caso de incumplimiento de las obligaciones a cargo de los prestadores, determinado por acto administrativo firme.

g) Ejercer la facultad disciplinaria sobre el personal a cargo del organismo.

h) Proyectar el presupuesto del organismo, de acuerdo al artículo 220 de la Constitución de la República.

i) Dar y tomar en arrendamiento cualquier clase de bienes.

j) Adquirir, gravar, permutar y enajenar bienes inmuebles, con autorización del Poder Ejecutivo.

k) Crear unidades administrativas necesarias para el mejor cumplimiento de los cometidos del organismo, definiendo sus atribuciones.

l) Elevar a la consideración del Poder Ejecutivo el Balance y el proyecto de Memoria Anual.

m) Las demás que le asigne esta ley.

Artículo 28.- Compete al Presidente del Directorio de la Junta Nacional de Salud:

a) Presidir sus sesiones, sin perjuicio de los mandatos sustitutivos que otorgue en previsión de sus ausencias.

b) Ejecutar las resoluciones del Directorio.

c) Adoptar las medidas urgentes que entienda necesarias para el cumplimiento de los cometidos de la Junta Nacional de Salud, dando cuenta de ellas al Directorio en la primera sesión posterior y estando a lo que ésta resuelva. Para modificar las decisiones adoptadas en el ejercicio de esta potestad será necesario el voto de por lo menos 5 de los miembros del Directorio.

d) Suscribir, conjuntamente con el miembro del Directorio o con el funcionario que éste designe, todos los actos, contratos y convenios en que intervenga el organismo.

e) Las demás que le sean encargadas por el Directorio.

Artículo 29.- Para sesionar, el Directorio de la Junta Nacional de Salud requerirá la presencia de 4 de sus miembros. Las decisiones se tomarán por mayoría simple de votos de integrantes del Cuerpo.

En caso de empate el voto del presidente del Directorio se computará doble.

Artículo 30.- Para atender sus costos de funcionamiento la Junta Nacional de Salud dispondrá de los siguientes recursos:

a) Las partidas presupuestales y extrapresupuestales que se le asignen al organismo.

b) Las herencias, legados y donaciones que reciba.

c) Los fondos provenientes de la cooperación internacional que pudiera ser brindada por organismos internacionales entre otros, cualquiera sea su origen.

d) Las rentas generadas por sus activos.

Artículo 31.- Los recursos humanos de la Junta Nacional de Salud se integrarán con los que le sean transferidos por el Ministerio de Salud Pública y otros organismos del Estado, garantizando el respeto de sus derechos laborales. Los nuevos ingresos de personal que resuelva la Junta Nacional de Salud se sujetarán a las normas que rigen la contratación de funcionarios públicos.

CAPITULO IV

RED DE ATENCION EN SALUD

Artículo 32.- El Sistema Nacional Integrado de Salud se organizará en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones. Tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención.

Artículo 33.- La Junta Nacional de Salud, de acuerdo a las normas que dicte el Ministerio de Salud Pública, establecerá y asegurará los mecanismos de referencia y contra referencia entre los distintos niveles de atención.

Artículo 34.- El primer nivel de atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigidos a la persona, la familia, comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutividad las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral son practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia.

Se priorizará la coordinación local, departamental o regional entre servicios de salud del primer nivel nacionales, departamentales y comunitarios.

Artículo 35.- El segundo nivel de atención está constituido por el conjunto de actividades para la atención integral de carácter clínico, quirúrgico u obstétrico en régimen de hospitalización de breve o mediana estancia, hospitalización de día o de carácter crónico. Está orientado a satisfacer necesidades de baja, mediana o alta complejidad con recursos humanos, tecnológicos e infraestructura de diversos niveles de complejidad. En el se asientan la cobertura más frecuente de las atenciones de emergencia.

Artículo 36.- El tercer nivel de atención está destinado a la atención de patologías que demanden tecnología

diagnóstica y de tratamiento de alta especialización. Los recursos humanos, tecnológicos e infraestructura estarán adecuados a esas necesidades.

Artículo 37.- La Junta Nacional de Salud fomentará el establecimiento de redes de atención en salud. Las entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud podrán coordinar acciones dentro de un marco territorial definido, para brindar una adecuada asistencia y racionalizar los recursos.

Articulo 38.- Las redes territoriales de atención en salud podrán articular su labor con los centros educativos en cada zona así como con las políticas sociales existentes y el conjunto de las políticas dirigidas a mejorar la calidad de vida de la población, desarrollando una perspectiva intersectorial.

Artículo 39.- Las entidades públicas y privadas que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud podrán contratar entre sí y con terceros las prestaciones incluidas en los programas integrales de atención a la salud que apruebe el Ministerio de Salud Pública.

Dichos contratos deberán ser sometidos a la autorización de la Junta Nacional de Salud, la que controlará todo lo referente a la habilitación de los prestadores y su infraestructura, capacidad asistencial, relación entre el volumen de prestaciones a contratar y el número de usuarios del prestador contratante, plazos de los contratos y la estabilidad de las condiciones de relacionamiento.

La Junta Nacional de Salud verificará que las entidades contratantes no mantengan deudas vencidas con quienes pretenden contratar, en cuyo caso deberán cancelarlas o refinanciarlas antes de la firma de un nuevo contrato.

Si la Junta Nacional de Salud no formula observaciones ni deniega la autorización dentro de los 30 días de presentada la solicitud, el respectivo contrato se considerará autorizado.

En situaciones de caso fortuito, fuerza mayor y otras razones de urgencia, los prestadores podrán contratar notificando de inmediato a la Junta Nacional de Salud. Esta concederá un plazo prudencial para la presentación de la documentación contractual y acreditante de las circunstancias excepcionales que motivaron la contratación. En caso de incumplimiento, se aplicará el régimen sancionatorio previsto en el artículo 27 literal g.

Artículo 40.- Las farmacias registradas y habilitadas por el Ministerio de Salud Pública podrán dispensar medicamentos a los usuarios de los prestadores de salud que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, en los términos de los contratos que celebren con los mismos.

A dichos contratos les será aplicable, en lo que corresponda, lo dispuesto en el artículo 39 de la presente ley.

Artículo 41.- Los precios de referencia para las contrataciones podrán ser determinados por el Poder Ejecutivo.

Artículo 42.- Es incompatible el ejercicio de la dirección y el gerenciamiento de las entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud que demanden servicios a terceros con la provisión de los mismos, salvo cuando se formalicen alianzas estratégicas entre prestadores o cuando uno de ellos asuma el gerenciamiento del otro. En ambos casos se requerirá autorización de la Junta Nacional de Salud.

La incompatibilidad incluye a las personas que ejerzan la función, sus socios, cónyuges o concubinos, ascendientes y descendientes hasta el segundo grado de consanguinidad.

Los contratos que se formalicen violando esta disposición serán nulos a partir del momento en que se verifique dicha incompatibilidad.

CAPITULO V

COBERTURA DE ATENCION MEDICA

Artículo 43.- Las entidades públicas y privadas que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán suministrar a su población usuaria los programas integrales de prestaciones que apruebe el Ministerio de Salud Pública, con recursos propios o contratos con otros prestadores integrales o parciales públicos o privados.

Los programas integrales de prestaciones incluirán:

a) Actividades de promoción y protección de salud dirigidas a las personas.

b) Diagnóstico precoz y tratamiento adecuado y oportuno de los problemas de salud-enfermedad detectados.

c) Acciones de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, según corresponda.

d) Acceso a medicamentos y recursos tecnológicos suficientes.

La reglamentación definirá taxativamente las prestaciones incluidas, que serán descriptas en términos de sus componentes y contarán con indicadores de calidad de los procesos y resultados, conforme a las cuales la Junta Na-

cional de Salud auditará la atención brindada a los efectos de autorizar el pago de cuotas salud a los prestadores.

Artículo 44.- Las entidades que integren el Sistema Nacional de Salud deberán ofrecer a su población usuaria al menos tres opciones diferentes de suministro de las prestaciones de emergencia médica incluidas en los programas integrales que apruebe el Ministerio de Salud Pública, excepto cuando en el territorio de que se trate no exista el número suficiente de prestadores habilitados para brindarlas. La reglamentación definirá las modalidades de aplicación de esta disposición.

Artículo 45.- Las prestaciones no incluidas en los programas integrales de observancia obligatoria, que ofrezcan a sus usuarios las instituciones que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud serán convenidas entre prestadores y usuarios, en régimen de libre contratación. Cuando se trate de prestaciones sanitarias, el Ministerio de Salud Pública las controlará en sus aspectos técnicos.

Artículo 46.- Las prestaciones económicas correspondientes a enfermedad, maternidad, accidentes de trabajo y otras contingencias relacionadas con la salud, continuarán siendo brindadas por los organismos públicos y las entidades privadas competentes, de conformidad con las disposiciones en vigor. Los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud realizarán, para sus respectivos usuarios, las pericias técnicas que correspondan.

CAPITULO VI

USUARIOS DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Artículo 47.- Son usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud todas las personas que residan en el territorio nacional. Tal condición se adquiere a partir del registro espontáneo o a solicitud de la Junta Nacional de Salud, en una de las instituciones prestadoras de servicios de salud que lo integren. La reglamentación establecerá los términos y condiciones de dicho registro.

Los prestadores no podrán rechazar a ningún usuario ni limitarle las prestaciones incluidas en los programas integrales de salud aprobados por el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 48.- La elección de prestador es libre. Una vez formalizado el registro ante una de las instituciones integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud, podrá modificarse en los términos que fije la reglamentación.

No se admitirá la doble cobertura de atención médica integral a cargo del Sistema, debiendo los usuarios optar por una de las que eventualmente les correspondieran.

Artículo 49.- Los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud tienen los siguientes derechos respecto de los prestadores integrados al mismo:

a) A recibir información completa y actualizada sobre los servicios a que pueden acceder y sobre los requisitos para hacer uso de los mismos.

b) A recibir, en igualdad de condiciones, las prestaciones incluidas en los programas integrales a que refiere el artículo 43.

c) Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad.

d) A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en las instituciones de salud, sin perjuicio de las facultades de la Junta Nacional de Salud, del Ministerio de Salud Pública y del Fondo Nacional de Recursos cuando se trate de actos médicos financiados por el mismo.

e) A conocer los resultados asistenciales y económicos financieros de la Institución.

f) A recibir información sobre las políticas de salud y los programas de atención integral que se implementen en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

g) Los demás que establezca la reglamentación y otras disposiciones aplicables.

Artículo 50.- Son obligaciones de lo usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud:

a) Responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones a que tienen derecho.

b) Dar cumplimiento a las formalidades que se requieran para acceder a los servicios de salud.

c) Respetar los estatutos de las instituciones prestadoras de servicios.

d) Cumplir con las disposiciones de naturaleza sanitaria de observancia general y con las específicas que determinen las entidades prestadoras cuando estén utilizando sus servicios.

e) Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las mismas.

f) Las demás que establezca la reglamentación y otras disposiciones aplicables.

El incumplimiento de las obligaciones antes referidas

acarreará las consecuencias previstas en los estatutos de las entidades prestadoras.

Artículo 51.- Los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud tendrán el derecho a participar en los órganos a que refiere el artículo 12 de la presente ley, en los términos que determine su reglamentación.

Artículo 52.- La Junta Nacional de Salud podrá establecer un sistema de recepción de quejas y denuncias de usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud, así como mecanismos de solución de diferendos entre estos y los prestadores, sin perjuicio de los recursos administrativos y judiciales correspondientes.

CAPITULO VII

FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Artículo 53.- Las prestaciones que conforme a esta ley y su reglamentación deben brindar obligatoriamente a sus usuarios los prestadores públicos y privados que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, dará derecho a éstos al cobro de cuotas salud según el número de personas inscriptas en sus padrones.

La cuota salud, cuyo valor será igual para prestadores públicos y privados, será fijada por el Poder Ejecutivo, con intervención del Ministerio de Economía y Finanzas y del Ministerio de Salud Pública, oyendo a la Junta Nacional de Salud. Dicha cuota tendrá en cuenta costos diferenciales según grupos poblacionales determinados y cumplimiento de metas asistenciales.

Se actualizará con la periodicidad que determinen las autoridades competentes, tomando en consideración costos asociados a sus componentes e incorporación de nuevos programas integrales de atención en salud.

Artículo 54.- Créase el Seguro Nacional de Salud, que contará con un fondo único y obligatorio denominado Fondo Nacional de Salud e Integrado con aportes públicos y privados, con cargo al cual se pagará las cuotas salud que correspondan a los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.

El Fondo Nacional de Salud se constituirá en el Banco de Previsión Social, que recepcionará los aportes a que refieren los artículos siguientes y efectivizará los pagos de cuotas salud de conformidad con las órdenes de pago que emita la Junta Nacional de Salud.

Artículo 55.- Serán recursos del Fondo Nacional de Salud:

a) Aportes del Estado provenientes de asignaciones presupuestales y extrapresupuestales.

b) Aportes obligatorios de trabajadores y empresas del sector privado.

c) Aportes obligatorios de los trabajadores del sector público que se incorporen al régimen de esta ley.

d) Aportes del Estado sobre la masa salarial que abone a los trabajadores públicos a que refiere el inciso anterior.

e) Aportes obligatorios de pasivos.

f) Aportes obligatorios de personas físicas que no queden incluidas en los incisos anteriores.

g) Otros que pudieran corresponderle por aplicación de disposiciones legales o reglamentarias.

h) Las rentas generadas por sus activos.

Artículo 56.- El Estado y las empresas privadas aportarán al Fondo Nacional de Salud un 5% (cinco por ciento) del total de las retribuciones sujetas a montepío que paguen a sus trabajadores y los complementos de cuota salud que correspondan por aplicación del artículo 338 de la Ley N° 16.320, de 1° de noviembre de 1992. Los organismos públicos que posean un régimen propio de cobertura médica, se integrarán al sistema una vez incorporados al Fondo Nacional de Salud. Los créditos habilitados para tales regímenes financiarán el aporte referido. Los trabajadores aportarán un 6% (seis por ciento) de sus retribuciones, dentro de los que se computarán los aportes ya previstos al Fondo Nacional de Salud, siempre que sus ingresos superen 2,5 (dos con cinco) bases de prestaciones contributivas mensuales. Dicho aporte y los derechos incluidos en el artículo 58 para los aportantes ya integrados al Fondo regirán a partir del 1° de enero de 2008.

Artículo 57.- El Poder Ejecutivo podrá remitir al Poder Legislativo en un plazo no mayor a 180 (ciento ochenta) días desde la promulgación de la presente ley, una propuesta gradual de incorporación al Sistema Nacional Integrado de Salud de aquellos colectivos no considerados en la presente ley tomando en cuenta las situaciones de mayor emergencia en materia de cobertura de servicios de salud.

Artículo 58.- Los aportes a que hace referencia el artículo 56 de la presente ley darán derecho a los hijos menores de 18 años y a los mayores de esa edad con discapacidades a cargo de los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud, a recibir atención integral en salud, sin costo adicional alguno exceptuando, en su caso, las tasas moderadoras que estén autorizadas a percibir las entidades que integren el Sistema.

Los padres de dichos hijos elegirán para ellos el prestador público o privado que estimen conveniente, en acuerdo con el artículo 48 de la presente ley e independientemente del que ellos estén incorporados. En caso de fallecimiento de los progenitores o de disolución de la pareja parental por separación o divorcio, realizará la elección de la entidad quien detente en guarda o tenencia. Para los que están sujetos a tutela o curatela, los tutores o curadores elegirán la entidad atendiendo a las necesidades particulares de los mismos.

Artículo 59.- Los aportes a que hace referencia el artículo 56 de la presente ley dará derecho a los cónyuges a cargo de los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud, a recibir atención integral en salud, sin costo adicional alguno exceptuando, en su caso, las tasas moderadoras que estén autorizadas a percibir las entidades que integren el Sistema. Facúltase al Poder Ejecutivo a definir la fecha de entrada en vigencia de los derechos incluidos en el presente artículo.

Artículo 60.- Estarán exceptuados de realizar los aportes determinados en el artículo 56 las personas a que refiere el artículo 18 de la presente ley. Si tuvieren hijos menores de 18 años, hijos mayores de esa edad con discapacidades y/o cónyuge a cargo, aportarán el 3% (tres por ciento) de las retribuciones sujetas a montepío que perciban. Facúltese al Poder Ejecutivo a definir la entrada en vigencia del aporte definido en este artículo así como de los derechos incluidos en los artículos 58 y 59 de la presente ley.

Artículo 61.- La reglamentación determinará las condiciones conforme a las cuales los hijos mayores de 18 años no incluidos en el artículo 58 de la presente ley, los concubinos y las personas mayores de 65 años, a cargo de usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud, obtendrán cobertura integral de salud a través de los prestadores que lo integren.

Artículo 62.- El Fondo Nacional de Recursos mantendrá su autonomía administrativa en los términos de la Ley N° 16.343, de 24 de diciembre de 1992 y demás disposiciones aplicables. Los aportes a que refieren los literales a, b y c del artículo 3° de la Ley N° 16.343, serán sustituidos por una cuota única por cada beneficiario del Sistema Nacional Integrado de Salud que la Junta Nacional de Salud le reembolsará.

Artículo 63.- Hasta la efectiva aplicación de lo dispuesto en el artículo 57 de la presente ley, los beneficiarios del Sistema Nacional Integrado de Salud no incluidos en el régimen de seguridad social seguirán abonando directamente a sus respectivos prestadores por los servicios de salud que reciban.

Sala de la Comisión, a 28 de junio de 2007.

Mónica Xavier, Miembro Informante; **Margarita Percovich, Eber Da Rosa,** Discorde; **Víctor Vaillant, Alberto Cid, Alberto Couriel, Alberto Breccia, Luis A. Heber,** Discorde; **Juan José Bentancor, Carlos Baráibar.** Senadores.

Ministerio del Interior
Ministerio de Relaciones Exteriores
Ministerio de Economía y Finanzas
Ministerio de Defensa Nacional
Ministerio de Educación y Cultura
Ministerio de Transporte y Obras Públicas
Ministerio de Industria, Energía y Minería
Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
Ministerio de Salud Pública
Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca
Ministerio de Turismo y Deporte
Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente
Ministerio de Desarrollo Social

Montevideo, 28 de febrero de 2007.

Señor Presidente de la
Asamblea General.

El Poder Ejecutivo tiene el honor de dirigirse a ese Cuerpo a efectos de remitir Exposición de Motivos y Proyecto de Ley referente al Sistema Nacional Integrado de Salud.

Saludamos al Señor Presidente con la mayor consideración.

Dr. TABARE VAZQUEZ, Presidente de la República; **Danilo Astori, Azucena Berrutti, José Mujica, Mª Julia Muñoz, Reinaldo Gargano, Mariano Arana, Víctor Rossi, Marina Arismendi, Jorge Lepra, José Díaz, Jorge Brovetto, Eduardo Bonomi, Héctor Lescano.**

Ministerio del Interior
Ministerio de Relaciones Exteriores
Ministerio de Economía y Finanzas
Ministerio de Defensa Nacional
Ministerio de Educación y Cultura
Ministerio de Transporte y Obras Públicas
Ministerio de Industria, Energía y Minería
Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
Ministerio de Salud Pública
Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca
Ministerio de Turismo y Deporte
Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente
Ministerio de Desarrollo Social

EXPOSICION DE MOTIVOS

SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

El Derecho traduce, en fórmulas preceptivas, programáticas y organizativas la decisión política del Esta-

do de -en su carácter de gestor del bienestar colectivo- tomar a su cargo la satisfacción de necesidades básicas de la población. El grado de correspondencia entre el Derecho, en sus manifestaciones formales y la satisfacción efectiva de las demandas sociales, permite medir su eficacia en el cumplimiento de la función social que tiene asignada. Cuanto más se involucra el Estado como factor activo del desarrollo social, mayor es la necesidad de reforzar la normativa jurídica.

La protección de la salud es un derecho humano fundamental por cuyo efectivo ejercicio el Estado debe responsabilizarse, creando condiciones para que toda la población residente en el país tenga acceso a servicios integrales de salud.

En Uruguay, el sector salud se caracteriza por una amplia variedad de prestadores de servicios, cuya naturaleza jurídica y forma de financiamiento también es diversa. Básicamente, se divide en dos subsectores: público y privado, ninguno de los cuales es homogéneo ni observa relaciones pautadas de complementación al interior de sí mismo ni respecto del otro, más allá de la eventual compra y venta de servicios. A su vez, hay grandes desniveles en el gasto por usuario entre estos subsectores.

Si se mira desde la población usuaria, no es menor la diferencia que hacen los ingresos individuales o familiares en las posibilidades reales de acceso a servicios de salud.

Una preocupación sanitaria centrada en la enfermedad, con consecuentes altos gastos en tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, además de duplicación, dispersión y subutilización de los recursos disponibles, completa un marco altamente disfuncional al ejercicio pleno del derecho humano a la protección de la salud y aconseja la urgente instrumentación de una reforma cuyas bases sean legalmente definidas, conjuntamente con las responsabilidades de las autoridades a cargo de llevarla a cabo.

La reforma de salud que instrumenta la presente Ley se inspira en las definiciones programáticas del Gobierno Nacional en la materia, profundizadas en el curso de un proceso de discusión amplio entre el Ministerio de Salud Pública y los actores involucrados, en el seno del Consejo Consultivo para el Cambio en la Salud.

Dicha reforma parte del concepto de salud elaborado por los especialistas en Administración de Servicios de Salud, Doctores Hugo Villar y Roberto Capote, según el cual "la salud es una categoría biológica y social, en unidad dialéctica con la enfermedad, resultado de la interrelación armónica y dinámica entre el individuo y su medio, que se expresa en valores mensurables de normalidad física, psicológica y social, permite al individuo el cumplimiento de su rol social, está condicionada al modo de producción y a cada momento histórico del desarrollo de la sociedad y constituye un inestimable bien social".

Su objetivo fundamental es asegurar el acceso universal a servicios integrales de salud, orientados por principios de equidad, continuidad, oportunidad, calidad según normas, interdisciplinariedad y trabajo en equipo, centralización normativa y descentralización en la ejecución, eficiencia social y económica, atención humanitaria, gestión democrática, participación social y derecho del usuario a la decisión informada sobre su situación.

Para alcanzar ese objetivo, contempla cambios en tres niveles:

a) en el modelo de atención a la salud, sustituyendo el actual por uno que privilegie la prevención y la promoción, en base a una estrategia de Atención Primaria en Salud con énfasis en el primer nivel de atención.

b) en el modelo de gestión, asegurando la coordinación y complementación de servicios públicos y privados en todos los niveles; la profesionalidad, la transparencia y la honestidad en la conducción de las Instituciones y la participación activa de trabajadores y usuarios.

c) en el sistema de gasto y financiamiento del sector, que asegure mayor equidad, solidaridad y sustentabilidad a través de un fondo único administrado centralmente.

El cambio en el modelo de atención supone fomento de hábitos saludables de vida, protección frente a riesgos específicos, capacidad de diagnosticar en forma precoz las enfermedades, de administrar tratamiento eficaz y oportuno, incluyendo rehabilitación y cuidados paliativos. Al efecto el Ministerio de Salud Pública aprobará programas de prestaciones integrales, dotados de indicadores de calidad y trazadores de resultados.

En el modelo de gestión, el cambio se concretará mediante la implementación de un Sistema Nacional Integrado de Salud, concebido como una articulación de servicios de salud públicos y privados, integrados en forma de red, con un órgano central de gobierno -la Junta Nacional de Salud-, niveles de atención definidos e interrelacionados y niveles de administración regionales y locales.

El cambio en el sistema de gasto y financiamiento en salud se basa en la justicia distributiva y se realizará mediante la creación de un Seguro Nacional de Salud que contará con un fondo al que contribuirán tanto el Estado como las empresas privadas en forma proporcional al personal a su cargo, los trabajadores, los pasivos y quienes perciban rentas, de acuerdo a sus ingresos, además de las partidas presupuestales y extrapresupuestales que se le asignen.

Con cargo a este fondo, a los prestadores les serán

pagados los servicios que brinden. A estos efectos, la unidad de medida será la cuota salud, que determinará el Poder Ejecutivo teniendo en cuenta, además de los elementos que la constituyen (cantidad, precio, calidad, disponibilidad), riesgos de diferentes sectores de población que inicialmente se determinarán por sexo y edad de los usuarios. De esta manera, la relación de los últimos con su prestador se independizará del factor económico -sin perjuicio del pago de tasas moderadoras cuando corresponda- propiciando espacios de información y participación que contribuyan a racionalizar tanto el consumo de servicios de salud como la gestión de los mismos.

El resultado esperado de esta reforma es que todas las personas que residan en el país accedan a la misma calidad de atención cualquiera sea el prestador y en todos los niveles, sin duplicación de servicios y sin las enormes erogaciones que serían necesarias para poner en pie a los subsectores público y privado, hoy en situación muy diferente en cuanto a recursos, aprovechando la capacidad instalada de ambos y potenciando sus fortalezas.

También simplificar la compleja red conformada por las diversas fuentes de financiamiento que coexisten actualmente y detrás de las cuales se esconden graves problemas de inequidad, así como reducir el peso relativo del pago directo, inabordable para sectores de escasos recursos económicos.

Como autoridad rectora, el Ministerio de Salud Pública asegurará que el Sistema Nacional Integrado de Salud se rija por las políticas, directivas estratégicas, normas y programas nacionales y ejercerá el contralor general del sistema en estrecha relación con la Junta Nacional de Salud que la presente Ley crea. También llevará el registro y será responsable de la habilitación y acreditación de prestadores.

Otro pilar de la reforma es el control social de la gestión de los servicios, con participación activa, informada y organizada de usuarios y trabajadores.

Para dotar de sustento jurídico a las transformaciones antes referidas, la presente Ley se estructura en ocho capítulos: Disposiciones generales, Integración del Sistema Nacional Integrado de Salud, Junta Nacional de Salud, Red de atención en Salud, Cobertura de atención médica, Usuarios del Sistema Nacional Integral de Salud, Financiamiento de dicho sistema y Disposiciones transitorias.

CAPITULO I: SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

El Capítulo I, de Disposiciones Generales, desarrolla en sus cuatro primeros artículos la filosofía de la reforma de salud propuesta, a través del reconocimiento expreso del derecho humano a la protección de la salud y la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, dotado de principios rectores y objetivos.

Determina también la competencia del Ministerio de Salud Pública en el marco del sistema, centrada en la indelegabilidad de tres tipos de atribuciones: de definición de políticas, de aprobación de normas y de contralor general de la efectiva aplicación de ambas. Como se indica en el artículo 5°, la enumeración no es excluyente de las demás atribuciones que corresponden a la Cartera, en su carácter de autoridad sanitaria en razón de la materia.

Artículos individualizados merecen las políticas de tecnología en salud y de medicamentos por su trascendencia en la implementación de los nuevos modelos de atención, gestión y financiamiento. La primera apunta a la determinación del grado de desarrollo que deberán alcanzar los distintos niveles de atención en cuanto a la propiedad, incorporación y distribución de tecnologías, particularmente de las más sofisticadas, destinadas al diagnóstico y tratamiento.

La política de medicamentos tiene por objeto asegurar la accesibilidad, calidad y racionalización del uso de este recurso terapéutico, abatiendo costos y potenciando la producción nacional.

CAPITULO II: INTEGRACION DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

El Capítulo II, de Integración del Sistema Nacional Integrado de Salud, diseña el sistema en términos de sus componentes. Respecto a la Identificación de éstos, remite a la norma básica contenida en el artículo 265 de la Ley N° 17.930 de Presupuesto Nacional de 19 de diciembre de 2005, que enumera a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva previstas en el artículo 6° de la Ley N° 15.181, de 21 de agosto de 1981 y sus modificativas; a Instituciones de Asistencia Médica Privada Particular sin fines de lucro y a seguros integrales que, aunque hayan sido creados con la forma de sociedades comerciales al amparo de la Ley N° 16.060, de 4 de setiembre de 1989, estén funcionando regularmente. La presente Ley precisa la participación natural de los servicios de salud a cargo de personas jurídicas públicas y preserva expresamente la titularidad y autonomía administrativa de todas las entidades que se integren al sistema, por cuanto ésta tendrá sólo carácter funcional. Quedan excluidas del Sistema las empresas con fines de lucro.

La aspiración a integrar el Sistema está condicionada al cumplimiento de requisitos demandables tanto a entidades públicas como privadas, que incluyen registro y habilitación del Ministerio de Salud Pública. Estas se realizarán con criterios uniformes respecto de los prestadores integrales; los prestadores parciales podrán complementarse entre sí de modo de garantizar integralidad al usuario. Incorporación de órganos de control social representativos de traba-

jadores y usuarios, así como de responsables técnicos y sujeción a controles técnicos y patrimoniales, son otros requisitos para integrar el Sistema.

Pero aun cuando se cumpla con ellos, la incorporación al Sistema Nacional Integrado de Salud no será automática: deberá disponerlo la Junta Nacional de Salud, que evaluará la funcionalidad del prestador respecto de los objetivos del sistema.

La efectiva integración se concretará luego de la firma entre dicha Junta y el prestador de un convenio de gestión que facilitará los controles y complementará la información para la ponderación del pago de las cuotas salud que pudieran corresponder al prestador.

Este capítulo contiene también, en su artículo 19, normas relativas a la publicidad que pueden realizar las entidades integradas al Sistema. Se preservan las facultades actuales del Ministerio de Salud Pública en materia de control de la publicidad en materia de salud y se extiende la responsabilidad por las infracciones que pudieran cometerse a los medios a través de los cuales se concrete la difusión de los mensajes.

Coherentemente con la intención de promover el protagonismo de los usuarios dentro del sistema, se prevé que la Junta Nacional de Salud establecerá mecanismos para que éstos puedan canalizar sus disconformidades con los prestadores.

CAPITULO III: JUNTA NACIONAL DE SALUD

La decisión de confiar el Gobierno del Sistema Nacional Integrado de Salud a los actores involucrados se formaliza en el Capítulo III, a través de la creación de la Junta Nacional de Salud como organismo descentralizado, en la integración de cuyo directorio coincidirán representantes del Poder Ejecutivo, de los prestadores, de los trabajadores organizados y de los usuarios del sistema.

Esta Junta será la encargada de planificar, organizar, dirigir y controlar el funcionamiento del Sistema y de administrar el Seguro Nacional de Salud que la Ley también crea y cuyo fondo constituirá el patrimonio de la Junta. Consecuentemente, le corresponde autorizar el pago de las cuotas salud que correspondan a los prestadores en retribución por los servicios prestados a los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Durante el proceso de construcción del Sistema, así como cuando se estabilice su funcionamiento, la Junta actuará como articuladora a nivel nacional, regional y local.

La descentralización del Gobierno del Sistema tiene la ventaja de preservar al Ministerio de Salud Pública en su función de rectoría, sin perjuicio de las atribuciones que conserva en materia de habilitación de prestadores potencialmente integrables al mismo y las demás que le corresponden conforme a esta Ley y otras disposiciones aplicables.

CAPITULO IV: RED DE ATENCION EN SALUD

Sienta las bases del funcionamiento del Sistema en forma de red, a partir de la definición de los niveles conforme a los cuales se organizarán los servicios, los criterios de territorialidad para la coordinación de acciones, los de intersectorialidad y las normas que regirán la complementación entre prestadores integrados al Sistema y entre éstos y terceros ajenos al mismo. La formalización, regularidad y sustentabilidad de estas relaciones quedará bajo la égida de la Junta Nacional de Salud, que a tal efecto registrará y homologará los contratos que se celebren entre prestadores.

Este capítulo apunta a uno de los aspectos más relevantes de la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud: evitar duplicaciones, promover que los recursos de salud de la sociedad se utilicen racionalmente y con el mayor grado posible de eficiencia y de economía de escala.

Las posibilidades de relacionamiento entre prestadores son amplias: desde redes de intercambio hasta relaciones comerciales basadas en mecanismos transparentes de compraventa de servicios, con una política de precios no abusivos y pagos previsibles que se cumplan efectivamente.

CAPITULO V: COBERTURA INTEGRAL DE SALUD

Se define otro aspecto sustancial de la reforma: el alcance de la atención integral en salud que se pretende asegurar a través del Sistema Nacional Integrado de Salud. En tal sentido, la Ley impone a las entidades públicas y privadas que lo integren la aplicación de programas de prestaciones integrales equivalentes que garanticen una atención igualitaria con independencia de los recursos económicos de los usuarios. Fijados en esta Ley los rubros generales que deberán contemplar estos programas que aprobará el Ministerio de Salud Pública, se deriva a la reglamentación la enumeración taxativa de las prestaciones.

Este marco preceptivo no excluye que las entidades puedan ofrecer a sus usuarios otras prestaciones no incluidas en esos programas, como internación en habitación privada, las que no quedarán cubiertas por el financiamiento del Sistema sino libradas a las decisiones y posibilidades económicas de los usuarios.

CAPITULO VI: USUARIOS DEL SISTEMA

Los derechos y obligaciones de los usuarios están desarrollados en el Capítulo VI, comenzando por el de ser beneficiario del Sistema Nacional Integrado de Salud, que corresponde a todos los habitantes residentes en el país, sin discriminación alguna y con acceso a prestaciones de calidad homogénea.

La elección del prestador se regirá por el principio de libertad individual, sin perjuicio del régimen de modificación posterior de la adscripción que determine la reglamentación.

La enumeración de derechos y obligaciones de los usuarios está enmarcada en su protagonismo dentro del Sistema, por lo que no excluye los demás reconocidos en otras disposiciones aplicables. Destaca el derecho a recibir información confiable sobre resultados de la gestión sanitaria y económico financiera de los prestadores, lo que garantizará una verdadera y fundamentada libertad de elección. También la prohibición para los prestadores de suspender o limitar derechos a los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud, sin perjuicio de las sanciones que les pudieran corresponder por inconductas o uso indebido de los servicios.

CAPITULO VII: SEGURO NACIONAL DE SALUD

El último capítulo sustantivo de esta Ley desarrolla la forma de financiamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud, en el Seguro Nacional de Salud que se crea.

Este seguro contará con un fondo que, al igual que el Sistema, se integrará con recursos públicos y privados.

Estos provendrán de aportaciones tanto del Estado como de las empresas privadas en proporción al número de trabajadores que empleen -en lo que constituye una extensión de la seguridad social que actualmente sólo incluye a las segundas-. También se contabilizan los aportes de los pasivos y de las personas que no queden incluidas en la seguridad social, quienes aportarán proporcionalmente a las rentas que perciban, la base de cuyo cálculo será la tributación del Impuesto a la Renta de las personas físicas.

Los porcentajes de contribución de cada parte se establecen expresamente en la Ley, así como la extensión de la cobertura que amparan. En este aspecto, destaca que la contribución de los adultos cubre para empezar la atención integral de la salud de hijos menores de 18 años y cónyuges sin costo adicional alguno, exceptuando el pago de tasas moderadoras cuando corresponda. A la reglamentación se deriva la sucesiva inclusión de concubinos y otros familiares a cargo, como hijos mayores de edad y personas que superen los 65 años de edad.

Se preserva la autonomía administrativa del Fondo Nacional de Recursos, aunque se modifica el flujo de dinero que permite su funcionamiento: los aportes que le adjudica la Ley N° 16.343 de 24 de diciembre de 1992 serán sustituidos por una cuota única por cada usuario del Sistema Nacional Integrado de Salud que le reembolsará la Junta Nacional de Salud con cargo al Seguro Nacional de Salud.

CAPITULO VIII: DISPOSICIONES TRANSITORIAS

En disposiciones transitorias se regula la situación de las personas que carecen de todo tipo de ingresos y por lo tanto no aportarán al Fondo Nacional de Salud. En estos casos, que deberán ser debidamente verificados, tanto la cobertura propia como la de los hijos menores de 18 años será igualmente cubierta por el Seguro Nacional de Salud, en aplicación del principio de solidaridad que inspira a toda la reforma.

También se contempla el caso de las personas que no queden incluidas en la extensión de la seguridad social por carecer de relaciones laborales dependientes, quienes seguirán obligadas al pago directo a sus respectivos prestadores, hasta que comience a instrumentarse la percepción del Impuesto a la Renta de las personas físicas.

Ministerio de Salud Pública

PROYECTO DE LEY

SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

CAPITULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1°.- La presente Ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social.

Artículo 2°.- Para asegurar el acceso de todos los habitantes residentes en el país a servicios integrales de salud, el Ministerio de Salud Pública implementará un Sistema Nacional Integrado de Salud, que articulará prestadores de atención integral a la salud públicos y privados.

Artículo 3°.- Son principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud:

a) La cobertura universal, la accesibilidad y sustentabilidad de los servicios de salud.

b) La promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población.

c) La orientación preventiva, integral y de contenido humanista de la atención a la salud.

d) El respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud.

e) La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones.

f) La calidad de la atención, según normas técnicas y protocolos de actuación.

g) El trabajo en equipos interdisciplinarios.

h) La centralización normativa y la descentralización en la ejecución.

i) La organización según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales de servicios.

j) La eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales.

k) La sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud.

l) El control social de la gestión de los servicios de salud, con participación de trabajadores y usuarios.

m) La intersectorialidad de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población.

Artículo 4°.- El Sistema Nacional Integrado de Salud tiene los siguientes objetivos:

a) Alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida, y la participación en todas aquellas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

b) Implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos.

c) Lograr el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse.

d) Establecer un financiamiento equitativo de la atención integral de la salud.

e) Promover la participación activa de trabajadores y usuarios en el control social del Sistema Nacional Integrado de Salud.

f) Promover la investigación científica en salud.

Artículo 5°.- A efectos de lo dispuesto en el artículo 2°, compete al Ministerio de Salud Pública:

a) Aprobar las políticas y normas conforme a las cuales se organizará y funcionará el Sistema Nacional Integrado de Salud y ejercer el contralor general de su observancia.

b) Registrar y habilitar a los prestadores de servicios integrales de salud que estén en condiciones de integrarse al Sistema Nacional Integrado de Salud.

c) Controlar la gestión sanitaria, contable y económico financiera de las entidades, en los términos de las disposiciones aplicables.

d) Fiscalizar la articulación entre prestadores en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud.

e) Aprobar los programas de prestaciones integrales de salud que deberán brindar a sus usuarios los prestadores públicos y privados que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, y mantenerlos actualizados de conformidad con los avances científicos y la realidad epidemiológica de la población.

f) Instrumentar y mantener actualizado un sistema nacional de información y vigilancia en salud.

g) Regular y desarrollar políticas de tecnología médica y de medicamentos, y controlar su aplicación.

h) Diseñar una política de promoción de salud que se desarrollará conforme a programas cuyas acciones llevarán a cabo los servicios de salud públicos y privados.

i) Promover, en coordinación con otros organismos competentes, la investigación científica en salud y la adopción de medidas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población.

j) Las demás atribuciones que le otorga esta Ley, la Ley N° 9.202 “Orgánica de Salud Pública”, de 12 de enero de 1934 y otras disposiciones aplicables.

Artículo 6°.- El Ministerio de Salud Pública creará un registro obligatorio de recursos de tecnología médica de mediano y alto porte de los servicios de salud.

La reglamentación determinará los contenidos de la información que deban proporcionar las instituciones, su periodicidad y las sanciones en caso de incumplimiento. Toda nueva incorporación de tecnología deberá ser aprobada por el Ministerio de Salud Pública teniendo en cuenta la información científica disponible, la necesidad de su utilización y la racionalidad de su ubicación y funcionamiento.

Artículo 7°.- La política nacional de medicamentos tendrá por objetivo promover su uso racional y sustentable. El Ministerio de Salud Pública aprobará un formulario terapéutico único de medicamentos que contemple los niveles de atención médica y establecerá la obligatoriedad de su prescripción por denominación común internacional según sus principios activos; racionalizará y optimizará los procesos de registro de medicamentos y fortalecerá las actividades de inspección y fiscalización de empresas farmacéuticas y la fármaco vigilancia.

Artículo 8°.- El Ministerio de Salud Pública realizará acciones tendientes a armonizar los parámetros de calidad de los bienes, servicios y factores productivos del área de salud y los mecanismos de control sanitario de los Estados Partes del MERCOSUR, a fin de eliminar obstáculos técnicos al comercio, contribuyendo al fortalecimiento del proceso de integración regional.

CAPITULO II

INTEGRACION DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Artículo 9°.- Podrán integrar el Sistema Nacional Integrado de Salud, siempre que sean autorizadas a tal fin por la Junta Nacional de Salud que se crea en el Capítulo III de esta ley:

a) Los servicios de salud a cargo de personas jurídicas públicas.

b) Las entidades a que refiere el artículo 265 de la Ley N° 17.930, de 19 de diciembre de 2005.

Artículo 10.- Todas las entidades públicas y privadas que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán registrarse en el Ministerio de Salud Pública y obtener de éste habilitación para funcionar acreditando el cumplimiento de los requisitos que establezcan las reglamentaciones aplicables.

Artículo 11.- Para integrar el Sistema Nacional Integrado de Salud es preceptivo que las entidades públicas y privadas cuenten con órganos de control social representativos de sus trabajadores y usuarios, que tendrán funciones consultivas, de asesoría, de fiscalización de la gestión y de orientación en las estrategias institucionales. La reglamentación determinará la naturaleza y forma de integración de los mismos, según el tipo de entidades de que se trate.

Artículo 12.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, además de sus órganos de gobierno, deberán contar con un Director Técnico como autoridad responsable ejecutiva en el plano técnico ante la propia entidad, la Junta Nacional de Salud y el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 13.- Para autorizar como integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud a las entidades referidas en el artículo 9°, la Junta Nacional de Salud evaluará, además de los requisitos establecidos en los artículos 10, 11 y 12, su caudal de usuarios, los recursos humanos, la planta física, el equipamiento, los programas de atención a la salud, la tecnología, el funcionamiento organizacional y el estado económico financiero, según criterios que fije la reglamentación.

La integración al Sistema Nacional Integrado de Salud tendrá carácter funcional, no modificando la titularidad de las entidades ni su autonomía administrativa.

Artículo 14.- La Junta Nacional de Salud suscribirá un convenio de gestión con cada uno de los prestadores que se integre al Sistema Nacional Integrado de Salud, con el objeto de facilitar el contralor del cumplimiento de las obligaciones que impone a éstos la presente ley. La reglamentación determinará el contenido de dichos convenios.

El incumplimiento determinado por acto administrativo firme, habilitará a la Junta Nacional de Salud a suspender total o parcialmente el reembolso de cuotas salud que les pudieren corresponder a los prestadores.

Artículo 15.- En lo técnico, las entidades que se integren al Sistema Nacional Integrado de Salud ajustarán su actuación a las normas que dicte el Ministerio de Salud Pública y quedarán sujetas a su contralor.

Artículo 16.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán recabar, con fundamentos debidamente documentados, autorización del Ministerio de Salud Pública, quien oirá en todos los casos a la Junta Nacional de Salud, para:

a) Crear, clausurar o suspender servicios de atención médica;

b) Construir, reformar o ampliar plantas físicas destinadas a la atención médica;

c) Adquirir, enajenar, ceder y constituir otros derechos reales sobre bienes inmuebles y equipos sanitarios.

Artículo 17.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud no podrán realizar afiliaciones de carácter vitalicio, sin perjuicio de respetar los derechos adquiridos al amparo de normativas anteriores a esta ley. En estos casos, las prestaciones que supongan no darán derecho a la entidad al reembolso de cuotas salud.

Artículo 18.- La demanda de prestaciones incluidas en los programas integrales que apruebe el Ministerio de Salud Pública podrá requerir el pago de tasas moderadoras, que autorizará el Poder Ejecutivo, fijando también sus montos.

Artículo 19.- Los profesionales e instituciones que presten servicios de salud podrán realizar publicidad mediante cualquier modalidad de difusión siempre que limiten las menciones a sus datos identificatorios, títulos que posean y especialidades que desarrollen, los que deberán estar debidamente registrados ante el Ministerio de Salud Pública.

Cuando dichos profesionales e instituciones se propongan ampliar el alcance de su publicidad, deberán recabar previamente autorización al Ministerio de Salud Pública, en los términos de la reglamentación aplicable.

Las personas o instituciones que infrinjan estas normas se harán pasibles de sanciones entre treinta y quinientas Unidades Reajustables que aplicará el citado Ministerio, sin perjuicio de la inmediata suspensión de la publicidad que le será notificada a los responsables de los medios utilizados para su difusión. Si la orden no fuere efectivizada, a los medios se les aplicarán iguales sanciones económicas.

Artículo 20.- La Junta Nacional de Salud podrá establecer un sistema de recepción de quejas y denuncias de usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud, así como mecanismos de solución de diferendos entre estos y los prestadores, sin perjuicio de los recursos administrativos y judiciales correspondientes.

Artículo 21.- Las entidades de atención a la salud privadas que no se incorporen al Sistema Nacional Integrado de Salud podrán seguir prestando servicios a sus usuarios mediante el régimen de libre contratación, siempre que hayan sido habilitadas a tal efecto por el Ministerio de Salud Pública y se sujeten a su control en lo sanitario y económico financiero, así como a las normas arancelarias que les sean aplicables.

CAPITULO III

JUNTA NACIONAL DE SALUD

Artículo 22.- Créase la Junta Nacional de Salud como servicio descentralizado con los cometidos que se establecen en esta Ley.

Tendrá personería jurídica y patrimonio propio, y fijará su domicilio en la ciudad de Montevideo, sin perjuicio de las dependencias que establezca en otros lugares del país.

Artículo 23.- Son cometidos de la Junta Nacional de Salud:

a) Planificar, organizar, dirigir y controlar el funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud, de conformidad con las políticas y normas que establezca el Ministerio de Salud Pública.

b) Administrar el Seguro Nacional de Salud que crea esta Ley, con arreglo a sus disposiciones y a la reglamentación respectiva.

c) Velar por la observancia de los principios rectores y objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Artículo 24.- La Dirección de la Junta Nacional de Salud estará a cargo de un Directorio integrado por 7 miembros; 4 de ellos serán designados por el Poder Ejecutivo en la forma prevista por el artículo 187 de la Constitución de la República: 2 a propuesta del Ministerio de Salud Pública, uno de los cuales lo presidirá; 1 a propuesta del Ministerio de Economía y Finanzas y otro a propuesta del Banco de Previsión Social. Los restantes miembros, que representarán a los prestadores de servicios de salud que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, a sus trabajadores y a sus usuarios, a razón de uno por cada sector, serán elegidos por el procedimiento que asegure una selección democrática, según lo determine la reglamentación. Para la integración del primer Directorio de la Junta Nacional de Salud, los representantes sociales serán designados por las organizaciones representativas de prestadores, trabajadores y usuarios, y su mandato tendrá una duración máxima de 2 años.

Artículo 25.- Compete al Directorio de la Junta Nacional de Salud:

a) Representar al organismo a través de su presidente, pudiendo otorgar los mandatos que en su caso corresponda.

b) Determinar los prestadores que integrarán el Sistema Nacional Integrado de Salud, los que deberán haber sido previamente registrados y habilitados por el Ministerio de Salud Pública.

c) Suscribir con los prestadores que se integren al Sistema Nacional Integrado de Salud los convenios de gestión a que refiere el artículo 14 de esta Ley.

d) Regular y vigilar la articulación entre los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud y entre estos y terceros.

e) Regular los mecanismos de financiamiento de la atención integral de salud que corresponda a los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud, y fiscalizar la efectiva integración de los aportes al Fondo Nacional de Salud que se determinan en el Capítulo VII de esta Ley.

f) Disponer el reembolso de cuotas-salud a los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, de acuerdo a sus padrones de usuarios y previa verificación del cumplimiento de las obligaciones a su cargo.

g) Aplicar a los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud en caso de incumplimiento de las obligaciones, sanciones entre treinta y quinientas Unidades Reajustables.

h) Ejercer la facultad disciplinaria sobre el personal a cargo del organismo.

i) Proyectar el presupuesto del organismo, de acuerdo al artículo 220 de la Constitución de la República.

j) Dar y tomar en arrendamiento cualquier clase de bienes muebles.

k) Adquirir, gravar, permutar y enajenar bienes inmuebles, con autorización del Poder Ejecutivo.

l) Crear las unidades administrativas que crea necesarias para el mejor cumplimiento de los cometidos del organismo, definiendo sus atribuciones.

m) Elevar a la consideración del Poder Ejecutivo el Balance y el proyecto de Memoria Anual.

n) Las demás que le asigne esta Ley y su reglamentación.

Artículo 26.- Compete al Presidente del Directorio de la Junta Nacional de Salud:

a) Presidir sus sesiones, sin perjuicio de los mandatos sustitutivos que otorgue en previsión de sus ausencias.

b) Ejecutar las resoluciones del Directorio.

c) Adoptar las medidas urgentes que entienda necesarias para el cumplimiento de los cometidos de la Junta Nacional de Salud, dando cuenta de ellas al Directorio en la primera sesión posterior y estando a lo que éste resuelva. Para modificar las decisiones adoptadas en el ejercicio de esta potestad será necesario el voto de por lo menos 5 de los miembros del Directorio.

d) Suscribir, conjuntamente con el miembro del Directorio o con el funcionario que éste designe, todos los actos, contratos y convenios en que intervenga el organismo.

e) Las demás que le sean encargadas por el Directorio.

Artículo 27.- Para sesionar válidamente, el Directorio de la Junta Nacional de Salud requerirá la presencia de por lo menos 5 de sus miembros. Las decisiones se tomarán por mayoría simple de votos de integrantes del Cuerpo.

Artículo 28.- Para atender sus costos de funcionamiento la Junta Nacional de Salud dispondrá de los siguientes recursos:

a) Las partidas presupuestales y extrapresupuestales que se le asignen al organismo.

b) Las herencias, legados y donaciones que reciba.

c) Los fondos provenientes de la cooperación internacional que pudiera ser brindada por organismos internacionales entre otros, cualquiera sea su origen.

Artículo 29.- Los recursos humanos de la Junta Nacional de Salud se integrarán con los que le sean transferidos por el Ministerio de Salud Pública y otros organismos del Estado, con absoluto respeto a sus derechos laborales. Los nuevos ingresos de personal que resuelva la Junta Nacional de Salud se sujetarán a las normas que rigen la contratación de funcionarios públicos.

CAPITULO IV

RED DE ATENCION EN SALUD

Artículo 30.- El Sistema Nacional Integrado de Salud se organizará en base a niveles de atención, de acuerdo a la complejidad de las prestaciones. La Junta Nacional de Salud, de acuerdo a las normas que dicte el Ministerio de Salud Pública, establecerá y asegurará mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles de atención.

Artículo 31.- El Sistema Nacional Integrado de Salud tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención.

Se entiende por atención primaria en salud el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigidas a la persona, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer las necesidades básicas de salud y de mejoramiento de

la calidad de vida, que se desarrollan con participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social.

Artículo 32.- El primer nivel de atención está constituido por los recursos humanos, en infraestructura y tecnológicos y los programas y actividades destinados a desarrollar las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud en régimen ambulatorio, de atención domiciliaria, emergencia y urgencia.

Artículo 33.- El segundo nivel de atención está constituido por los recursos humanos, en infraestructura y tecnológicos para la atención médica en régimen de hospitalización, continua o parcial, de diversos niveles de complejidad. Incluye especialidades clínicas, quirúrgicas y odontológicas.

Artículo 34.- El tercer nivel de atención está constituido por los recursos humanos, en infraestructura y tecnológicos destinados al diagnóstico y tratamiento de las afecciones que requieran servicios de alta especialización.

Artículo 35.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud coordinarán en forma regular y permanente sus acciones dentro de las delimitaciones territoriales que establezca la Junta Nacional de Salud, conformando redes de atención en salud.

Artículo 36.- Las redes territoriales de atención en salud articularán su labor con los centros educativos en cada zona así como con las instancias municipales y comunitarias, con las políticas sociales existentes y el conjunto de las políticas dirigidas a mejorar la calidad de vida de la población, desarrollando una perspectiva intersectorial.

Artículo 37.- Las entidades públicas y privadas que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud podrán contratar entre sí y con terceros las prestaciones incluidas en los programas integrales de atención a la salud que apruebe el Ministerio de Salud Pública.

La Junta Nacional de Salud controlará las relaciones entre prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud y entre estos y quienes no lo integran, en lo que refiere a la habilitación de los mismos, capacidad asistencial, relación entre el volumen de prestaciones a contratar y el número de usuarios del prestador contratante, precios, formas de pago, plazos de los contratos y estabilidad de las condiciones de relacionamiento.

Dicha Junta verificará que las entidades contratantes no mantengan deudas atrasadas con las que pretenden contratar, en cuyo caso deberán cancelarlas o refinanciarlas antes de la firma de un nuevo contrato.

Los contratos entre prestadores deberán ser registrados por la Junta y comenzarán a surtir efectos a partir de que sean homologados por ella.

En situaciones de caso fortuito o fuerza mayor, los prestadores podrán contratar notificando de inmediato a la Junta Nacional de Salud. Esta concederá un plazo prudencial para la eventual regularización de los contratos. En caso de incumplimiento, la Junta Nacional de Salud aplicará sanciones entre treinta y quinientas Unidades Reajustables.

Artículo 38.- Los precios de referencia para las contrataciones a que refiere el artículo anterior podrán ser determinados por el Poder Ejecutivo.

Artículo 39.- Es absolutamente incompatible el ejercicio de la dirección y el gerenciamiento de las entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud que demanden servicios a terceros con la provisión de los mismos, salvo cuando se formalicen alianzas estratégicas entre prestadores o cuando uno de ellos asuma el gerenciamiento del otro. En ambos casos se requerirá autorización de la Junta Nacional de Salud.

La incompatibilidad incluye a las personas que ejerzan la función, sus socios, cónyuges o concubinos, ascendientes y descendientes.

Los contratos que se formalicen violando esta disposición serán nulos.

CAPITULO V

COBERTURA DE ATENCION MEDICA

Artículo 40.- Las entidades públicas y privadas que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán suministrar a su población usuaria los programas integrales de prestaciones que apruebe el Ministerio de Salud Pública, con recursos propios o contratados con otros prestadores integrales o parciales públicos o privados.

Los programas integrales de prestaciones incluirán:

a) Actividades de promoción y protección de salud dirigidas a las personas.

b) Diagnóstico precoz y tratamiento adecuado y oportuno de los problemas de salud-enfermedad detectados.

c) Acciones de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, según corresponda.

d) Acceso a medicamentos y recursos tecnológicos suficientes.

La reglamentación definirá taxativamente las prestaciones incluidas, que serán descriptas en términos de sus componentes y contarán con indicadores de calidad de los procesos y resultados, conforme a los cuales la Junta Nacional de Salud auditará la atención brindada a los efectos de autorizar el reembolso de cuotas salud a los prestadores.

Artículo 41.- Las prestaciones no incluidas en los programas integrales de observancia obligatoria, que ofrezcan a sus usuarios las instituciones que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud serán convenidas entre prestadores y usuarios, en régimen de libre contratación. Cuando se trate de prestaciones sanitarias, el Ministerio de Salud Pública las controlará en sus aspectos técnicos.

Artículo 42.- Las prestaciones económicas correspondientes a enfermedad, maternidad, accidentes de trabajo y otras contingencias relacionadas con la salud, continuarán siendo brindadas por los organismos competentes de seguridad social, de conformidad con las disposiciones en vigor. Las instituciones que integren el SNIS realizarán, para sus respectivos usuarios, las pericias técnicas que correspondan.

CAPITULO VI

USUARIOS DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Artículo 43.- Son usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud todas las personas que residan en el territorio nacional. Tal condición se adquiere a partir del registro en una de las instituciones prestadoras de servicios de salud que lo integran. La reglamentación establecerá los términos y condiciones de dicho registro.

Los prestadores no podrán rechazar ni limitar prestaciones a ningún usuario del Sistema.

La omisión de los requisitos que fija esta Ley y demás disposiciones aplicables no acarreará en caso alguno la suspensión de los derechos de usuario, sin perjuicio de las acciones de resarcimiento que pudieran corresponder con arreglo a las disposiciones aplicables.

Artículo 44.- La elección de prestador es libre. Una vez formalizado el registro ante una de las instituciones integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud, podrá modificarse en los términos que fije la reglamentación.

No se admitirá la doble cobertura de atención médica integral a cargo del Sistema, debiendo los usuarios optar por una de las que eventualmente les correspondieran.

Artículo 45.- Los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud tienen los siguientes derechos respecto de los prestadores integrados al mismo:

a) A recibir información completa y actualizada sobre los servicios a que pueden acceder y sobre los requisitos para hacer uso de los mismos.

b) A recibir, en igualdad de condiciones, las prestaciones incluidas en los programas integrales a que refiere el artículo 40.

c) Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad.

d) A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en las instituciones de salud, sin perjuicio de las facultades de la Junta Nacional de Salud, del Ministerio de Salud Pública y del Fondo Nacional de Recursos cuando se trate de actos médicos financiados por el mismo.

e) A conocer los resultados asistenciales y económico financieros de la Institución.

f) A recibir información sobre las políticas de salud y los programas de atención integral que se implementen en el Sistema Nacional de Salud.

g) Los demás que establezca la reglamentación y otras disposiciones aplicables.

Artículo 46.- Son obligaciones de los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud:

a) Responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones a que tienen derecho.

b) Dar cumplimiento a las formalidades que se requieran para acceder a los servicios de salud.

c) Respetar los estatutos de las Instituciones prestadoras de servicios.

d) Cumplir con las disposiciones de naturaleza sanitaria de observancia general y con las específicas que determinen las entidades prestadoras cuando estén utilizando sus servicios.

e) Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las mismas.

f) Las demás que establezca la reglamentación y otras disposiciones aplicables.

El incumplimiento de las obligaciones antes referidas

acarreará las consecuencias previstas en los estatutos de las entidades prestadoras.

Artículo 47.- Los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud tendrán el derecho y el deber de participar en los órganos a que refiere el artículo 11 de esta Ley, en los términos que determine su reglamentación.

CAPITULO VII

FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Artículo 48.- Las prestaciones que conforme a esa Ley y su reglamentación deban brindar obligatoriamente a sus usuarios los prestadores públicos y privados que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, darán derecho al reembolso de cuotas-salud según el número de personas inscriptas en sus padrones.

La cuota salud, cuyo valor será igual para prestadores públicos y privados, será fijada por el Poder Ejecutivo, con intervención del Ministerio de Economía y Finanzas y del Ministerio de Salud Pública, oyendo a la Junta Nacional de Salud. Dicha cuota tendrá en cuenta costos diferenciales según grupos poblacionales determinados y cumplimiento de metas asistenciales.

Se actualizará con la periodicidad que determinen las autoridades competentes, tomando en consideración costos asociados a sus componentes e incorporación de nuevos programas integrales de atención en salud.

Artículo 49.- Créase el Seguro Nacional Integrado de Salud, que contará con un fondo único y obligatorio denominado Fondo Nacional de Salud e integrado con aportes públicos y privados, con cargo al cual se reembolsarán las cuotas salud que correspondan a los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.

El Fondo Nacional de Salud se constituirá en el Banco de Previsión Social, que recepcionará los aportes a que refieren los artículos siguientes y efectivizará los reembolsos de cuotas-salud de conformidad con las órdenes de pago que emita la Junta Nacional de Salud.

Artículo 50.- Serán recursos del Fondo Nacional de Salud:

a) Aportes del Estado provenientes de asignaciones presupuestales y extrapresupuestales.

b) Aportes obligatorios a la seguridad social de trabajadores y empresas del sector privado.

c) Aportes obligatorios de los trabajadores del sector público que se incorporen al régimen de la seguridad social.

d) Aportes del Estado sobre la masa salarial que abone a los trabajadores públicos a que refiere el inciso anterior.

e) Aporte obligatorio de los pasivos a la seguridad social.

f) Aporte obligatorio de las personas físicas no incorporadas al régimen de la seguridad social.

g) Otros que pudieran corresponderle por aplicación de disposiciones legales aplicables.

Artículo 51.- El Estado y las empresas privadas aportarán al Fondo Nacional de Salud un 5% del total de las retribuciones sujetas a montepío que paguen a sus trabajadores y los complementos de cuota salud que correspondan por aplicación del artículo 338 de la Ley N° 16.320, de 1° de noviembre de 1992. Los organismos públicos que posean un régimen propio de cobertura médica, se integrarán al sistema una vez incorporados al Fondo Nacional de Salud. Los créditos habilitados para tales regímenes financiarán el aporte referido. Los trabajadores aportarán un 6% de sus retribuciones, dentro de los que se computarán los aportes ya previstos al Fondo Nacional de Salud, siempre que sus ingresos superen 2,5 bases de prestaciones contributivas mensuales. Dicho aporte y los derechos incluidos en el artículo 53 para los aportantes ya integrados al Fondo regirán a partir del 1° de enero de 2008.

Artículo 52.- El Poder Ejecutivo remitirá al Poder Legislativo en un plazo no mayor a 180 días desde la promulgación de la presente ley, una propuesta de incorporación gradual a las prestaciones y al financiamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud de los pasivos y las personas físicas no incorporadas al régimen de la seguridad social.

Artículo 53.- Los aportes a que hace referencia el artículo 51 de la presente Ley dará derecho a los hijos menores de 18 años a cargo de los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud, a recibir atención integral en salud, sin costo adicional alguno exceptuando, en su caso, las tasas moderadoras que estén autorizadas a percibir las entidades que integren el Sistema.

Dichos hijos se incorporarán a los padrones de las entidades que elijan su padre o madre. En caso de fallecimiento de los progenitores o de disolución de la pareja parental por separación o divorcio, realizará la elección de la entidad quien detente su guarda o tenencia. Para los menores de 18 años sujetos a tutela y para las personas sujetas a curatela, los tutores o curadores elegirán la entidad atendiendo a las necesidades particulares de los mismos.

Artículo 54.- Los aportes a que hace referencia el artículo 51 de la presente Ley dará derecho a los cónyuges a cargo de los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud, a recibir atención integral en salud, sin costo adicional alguno exceptuando, en su caso, las tasas moderadoras que estén autorizadas a percibir las entidades que integren el Sistema. Facúltase al Poder Ejecutivo a definir la fecha de entrada en vigencia de los derechos incluidos en el presente artículo.

Artículo 55.- Estarán exceptuados de realizar los aportes determinados en el artículo 51 las personas a que refiere el artículo 17 de esta Ley. Si tuvieren hijos menores de 18 años y/o cónyuge a cargo, aportarán el 3% de las prestaciones económicas sujetas a montepío que perciban. Facúltese al Poder Ejecutivo a definir la entrada en vigencia del aporte definido en este artículo así como de los derechos incluidos en los artículos 53 y 54.

Artículo 56.- La reglamentación de esta Ley determinará las condiciones conforme a las cuales los hijos mayores de 18 años, los concubinos y las personas mayores de 65 años a cargo de usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud, obtendrán cobertura integral de salud a través de los prestadores que lo integren.

Artículo 57.- Las personas que de acuerdo a esta Ley sean usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud pero no aporten al Fondo Nacional de Salud por carecer de ingresos menores de 2,5 bases de prestación contributivas, recibirán igualmente atención integral de la salud a través de las instituciones públicas o privadas que integren el Sistema. Previa comprobación de la situación patrimonial en los términos que establezca la reglamentación, la Junta Nacional de Salud les asignará un prestador al que reembolsará las cuotas salud que correspondan. Los hijos menores de 18 años a cargo del beneficiario gozarán del mismo derecho que el titular no aportante.

Artículo 58.- El Fondo Nacional de Recursos mantendrá su autonomía administrativa en los términos de la Ley N° 16.343, de 24 de diciembre de 1992 y demás disposiciones aplicables. Los aportes a que refieren los incisos a, b y c del artículo 3° de la Ley N° 16.343, serán sustituidos por una cuota única por cada beneficiario del Sistema Nacional Integrado de Salud que la Junta Nacional de Salud le reembolsará.

CAPITULO VIII

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo 59.- Hasta la efectiva aplicación de lo dispuesto en el artículo 53 de la presente Ley, los beneficiarios del Sistema Nacional Integrado de Salud no incluidos en el régimen de seguridad social seguirán abonando directamente a sus respectivos prestadores por los servicios de salud que reciban.

Danilo Astori, José Mujica, Reinaldo Gargano, Azucena Berrutti, Jorge Lepra, Mariano Arana, María Julia Muñoz, Víctor Rossi, Jorge Brovetto, Lilian Kechichián, Marina Arismendi, Eduardo Bonomi, José Díaz.

CAMARA DE SENADORES

Comisión de Salud Pública integrada con Hacienda

ACTA N° 76

En Montevideo, el día veintiocho de junio del año dos mil siete, a la hora diez y treinta minutos, se reúne la Comisión de Salud Pública integrada con Hacienda de la Cámara de Senadores. _____

Asisten las señoras Senadoras Miembros Margarita Percovich y Mónica Xavier y los señores Senadores Miembros Enrique Antía, Alberto Cid, Eber Da Rosa y Víctor Vaillant y los señores Senadores integrantes Carlos Baráibar, Alberto Breccia, Alberto Couriel, Luis A. Heber, Jorge Larrañaga y Rafael Michelini. _____

Faltan con aviso los señores Senadores Isaac Alfie, Sergio Abreu y Juan José Bentancor, quienes remiten nota justificando su inasistencia. _____

Preside el señor Senador Eber Da Rosa, Presidente de la Comisión. _____

Actúan en Secretaría los señores Secretarios Alberto Martínez Payssé y Rodolfo Caimi con la colaboración de las funcionarias Susana Rodríguez y Verónica Cantero. _____

ORDEN DEL DIA. _____

Carpeta N° 755/2007. Sistema Nacional Integrado de Salud. Creación. Mensaje y proyecto de ley del Poder Ejecutivo. Distribuido N° 1494/2007. En consideración. _____

En consideración. Artículo 14. Se reconsidera: 8 en 8. Afirmativa. UNANIMIDAD. Se vota Artículo 14 sustitutivo: 7 en 8. Afirmativa. _____

Artículo 23. Se reconsidera: 7 en 8. Afirmativa. Se vota Artículo 23 sustitutivo: 6 en 8. Afirmativa. _____

Artículo 24 sustitutivo. Se vota: 7 en 10. Afirmativa. ____

Artículo 24/1 (Aditivo). Se vota: 7 en 11. Afirmativa. ____

Artículo 24/2 (Aditivo). Se vota: 7 en 10. Afirmativa. ____

Artículo 27. Se reconsidera: 10 en 10. Afirmativa. UNANIMIDAD. Se vota artículo 27 sustitutivo: 6 en 10. Afirmativa.

Artículo 29 sustitutivo. Se vota: 6 en 10. Afirmativa. ____

Artículo 40/1 (Aditivo). Se vota: 9 en 10. Afirmativa. ____

Artículo 48. Se reconsidera: 10 en 10. Afirmativa. UNANIMIDAD. Se vota artículo 48 sustitutivo: 6 en 9. Afirmativa.

Artículo 49. Se reconsidera: 9 en 9. Afirmativa. UNANIMIDAD. Se vota. Artículo 49 sustitutivo: 7 en 10. Afirmativa.

Artículo 50 sustitutivo. Se vota: 7 en 10. Afirmativa. ____

Artículo 51. Se vota: 7 en 10. Afirmativa. _____

Artículo 52 sustitutivo: Se vota: 7 en 10. Afirmativa. ____

Artículo 53 sustitutivo: Se vota: 8 en 10. Afirmativa. ____

Artículo 54. Se vota: 9 en 10. Afirmativa. _____
Artículo 55 sustitutivo. Se vota: 10 en 10. Afirmativa. UNANIMIDAD. _____
Artículo 56 sustitutivo. Se vota: 8 en 10. Afirmativa. ____
Artículo 57. Se vota: 0 en 10. Negativa. _____
Artículo 58. Se vota: 7 en 10. Afirmativa. _____
Artículo 59 sustitutivo: Se vota: 9 en 10. Afirmativa. _____
Se designa Miembro Informante en mayoría a la señora Senadora Xavier y en minoría al señor Senador Da Rosa, quienes lo harán en forma verbal. _____
TEXTO DEL PROYECTO DE LEY SUSTITUTIVO APROBADO. _____
CAPITULO I - DISPOSICIONES GENERALES. _____
Artículo 1°.- La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social. _____
Artículo 2°.- Compete al Ministerio de Salud Pública la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud que articulará a prestadores públicos y privados de atención integral a la salud determinados en el artículo 265 de la Ley N° 17.930, de 19 de diciembre de 2005. _____
Dicho sistema asegurará el acceso a servicios integrales de salud a todos los habitantes residentes en el país. _____
Artículo 3°.- Son principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud: _____
a) La promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población. _____
b) La intersectorialidad de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población. _____
c) La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud. _____
d) La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones. _____
e) La orientación preventiva, integral y de contenido humanista de la atención a la salud. _____
f) La calidad integral de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios. _____
g) El respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud. _____
h) La elección informada de prestadores de salud por parte de los usuarios. _____
i) La participación social de trabajadores y usuarios. ___
j) La solidaridad en el financiamiento general. _____
k) La eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales. _____
l) La sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud. _____
Artículo 4°.- El Sistema Nacional Integrado de Salud tiene los siguientes objetivos: _____
a) Alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida, y la participación en todas aquellas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población. _____
b) Implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos. _____
c) Impulsar la descentralización de la ejecución en el marco de la centralización normativa, promoviendo la coordinación entre dependencias nacionales y departamentales. __
d) Organizar la prestación de servicios según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales de servicios. __
e) Lograr el aprovechamiento nacional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse. _____
f) Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica. _____
g) Fomentar la participación activa de trabajadores y usuarios. _____
h) Establecer un financiamiento equitativo de la atención integral de la salud. _____
Artículo 5°.- A efectos de lo dispuesto en el artículo 2°, compete al Ministerio de Salud Pública: _____
a) Elaborar las políticas y normas conforme a las cuales se organizará y funcionará el Sistema Nacional Integrado de Salud, y ejercer el contralor general de su observancia. ___
b) Registrar y habilitar a los prestadores de servicios integrales de salud que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud y a los prestadores parciales con quienes contraten. _____
c) Controlar la gestión sanitaria, contable y económico-financiera de las entidades, en los términos de las disposiciones aplicables. _____
d) Fiscalizar la articulación entre prestadores en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. _____
e) Aprobar los programas de prestaciones integrales de salud que deberán brindar a sus usuarios los prestadores públicos y privados que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, y mantenerlos actualizados de conformidad con los avances científicos y la realidad epidemiológica de la población. _____
f) Instrumentar y mantener actualizado un sistema nacional de información y vigilancia en salud. _____
g) Regular y desarrollar políticas de tecnología médica y de medicamentos, y controlar su aplicación. _____
h) Diseñar una política de promoción de salud que se desarrollará conforme a programas cuyas acciones llevarán a cabo los servicios de salud públicos y privados. _____
i) Promover, en coordinación con otros organismos competentes, la investigación científica en salud y la adopción de medidas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población. _____
j) Las demás atribuciones que le otorga esta Ley, la Ley N° 9.202 "Orgánica de Salud Pública" de 12 de enero de 1934 y otras disposiciones aplicables. _____
Artículo 6°.- El Ministerio de Salud Pública creará un registro obligatorio de recursos de tecnología de diangóstico y terapéutica de alto porte de los servicios de salud. _____
La reglamentación determinará los contenidos de la infor-

mación que deban proporcionar las instituciones, su periodicidad y las sanciones en caso de incumplimiento. Toda nueva incorporación de tecnología deberá ser aprobada por el Ministerio de Salud Pública teniendo en cuenta la información científica disponible, la necesidad de su utilización y la racionalidad de su ubicación y funcionamiento. ____

Artículo 7°.- La política nacional de medicamentos tendrá por objetivo promover su uso racional y sustentable. El Ministerio de Salud Pública aprobará un formulario terapéutico único de medicamentos que contemple los niveles de atención médica y establecerá la obligatoriedad de su prescripción por denominación común internacional según sus principios activos; racionalizará y optimizará los procesos de registro de medicamentos y fortalecerá las actividades de inspección y fiscalización de empresas farmacéuticas y la fármaco-vigilancia. _____

Artículo 8°.- El control de la calidad integral de la atención en salud a cargo del Ministerio de Salud Pública tomará en cuenta el respeto a principios de la bióetica y a los derechos humanos de los usuarios. _____

Dicha modalidad será aplicable a la incorporación y uso de tecnologías y medicamentos. _____

Artículo 9°.- El Ministerio de Salud Pública, en coordinación con otros organismos competentes promoverá y evaluará que el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos de las entidades que el Sistema Nacional Integrado de Salud responda a los principios rectores del mismo.

Artículo 10.- El Ministerio de Salud Pública promoverá la armonización de los parámetros de calidad de los bienes, servicios y factores productivos del área de salud y los mecanismos de control sanitario de los Estados Parte del MERCOSUR, en el marco del proceso de integración regional. _____

CAPITULO II - INTEGRACION DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD _____

Artículo 11.- Podrán integrar el Sistema Nacional integrado de Salud: _____

a) Los servicios de salud a cargo de personas jurídicas públicas. _____

b) Las entidades a que refiere el artículo 265 de la Ley N° 17.930, de 19 de diciembre de 2005. _____

Artículo 12.- Para integrar el Sistema Nacional Integrado de Salud es preceptivo que las entidades públicas y privadas cuenten con órganos asesores y consultivos representativos de sus trabajadores y usuarios. La reglamentación determinará la naturaleza y forma de los mismos, según el tipo de entidades de que se trate. _____

Artículo 13.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, además de sus órganos de gobierno, deberán contar con un Director Técnico como autoridad responsable ejecutiva en el plano técnico ante la propia entidad, la Junta Nacional de Salud y el Ministerio de Salud Pública. _____

Artículo 14.- Para autorizar como integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud a las entidades referidas en el artículo 11, la Junta Nacional de Salud evaluará, además de los requisitos establecidos en los artículos 5° literal b), 12 y 13, su caudal de usuarios, los recursos humanos, la planta física, el equipamiento, los programas de atención a la salud, la tecnología, el funcionamiento organizacional y el estado económico-financiero, según criterios que fije la reglamentación. _____

La integración al Sistema Nacional Integrado de Salud tendrá carácter funcional, no modificando la titularidad de las entidades ni su autonomía administrativa. _____

Artículo 15.- La Junta Nacional de Salud suscribirá un contrato de gestión con cada uno de los prestadores que se integre al Sistema Nacional Integrado de Salud, con el objeto de facilitar el contralor del cumplimiento de las obligaciones que impone a éstos la presente ley. La reglamentación determinará el contenido de dichos contratos. _____

Artículo 16.- Las entidades que se integren al Sistema Nacional Integrado de Salud ajustarán su actuación a las normas técnicas que dicte el Ministerio de Salud Pública y quedarán sujetas a su contralor. _____

Artículo 17.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán recabar, con fundamentos debidamente documentados, autorización del Ministerio de Salud Pública, quien oirá en todos los casos a la Junta Nacional de Salud, para: _____

a) Crear, clausurar o suspender servicios de atención médica; _____

b) Construir, reformar o ampliar plantas físicas destinadas a la atención médica; _____

c) Adquirir, enajenar, ceder y constituir otros derechos reales sobre bienes inmuebles y equipos sanitarios. _____

Artículo 18.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud no podrán realizar afiliaciones de carácter vitalicio, sin perjuicio de respetar los derechos adquiridos al amparo de normativas anteriores a esta ley. En estos casos, las prestaciones que supongan no darán derecho a la entidad al cobro de cuotas-salud. _____

Artículo 19.- Las prestaciones incluidas en los programas integrales que apruebe el Ministerio de Salud Pública podrán requerir el pago de tasas moderadoras, que autorizará el Poder Ejecutivo, fijando también sus montos máximos. __

Artículo 20.- Los profesionales e instituciones que presten servicios de salud podrán realizar publicidad mediante cualquier modalidad de difusión siempre que limiten las menciones a sus datos identificatorios, títulos que posean y especialidades que desarrollen, los que deberán estar debidamente registrados ante el Ministerio de Salud Pública. _____

Cuando dichos profesionales o instituciones se propongan ampliar el alcance de su publicidad, deberán recabar previamente autorización al Ministerio de Salud Pública, en los términos de la reglamentación aplicable. _____

Las personas o instituciones que infrinjan estas normas se harán pasibles de sanciones entre treinta (30) y quinientas (500) Unidades Reajustables (UR) que aplicará el citado Ministerio, sin perjuicio de la inmediata suspensión de la publicidad que le será notificada a los responsables de los medios utilizados para su difusión. Si la orden no fuere efectivizada, a los medios se les aplicarán iguales sanciones económicas. _____

Artículo 21.- Las entidades de atención a la salud privadas que no se incorporen al Sistema Nacional Integrado de Salud podrán seguir prestando servicios a sus usuarios mediante el régimen de libre contratación, siempre que hayan sido habilitadas por el Ministerio de Salud Pública y

se sujeten a su control en lo sanitario. _____

CAPITULO III - JUNTA NACIONAL DE SALUD. _____

Artículo 22.- Créase la Junta Nacional de Salud como servicio descentralizado con los cometidos que se establecen en esta ley. _____

Tendrá personería jurídica y patrimonio propio, y fijará su domicilio en la ciudad de Montevideo, sin perjuicio de las dependencias que establezca en otros lugares del país. ___

Artículo 23.- Son cometidos de la Junta Nacional de Salud:

a) Administrar el Seguro Nacional de Salud que crea esta ley, con arreglo a sus disposiciones y a la reglamentación respectiva. _____

b) Velar por la observancia de los principios rectores y objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud, de conformidad con las políticas y normas que establezca el Ministerio de Salud Pública. _____

Artículo 24.- La Dirección de la Junta Nacional de Salud estará a cargo de un Directorio integrado por 7 miembros; 4 de ellos serán designados por el Poder Ejecutivo en la forma prevista por el artículo 187 de la Constitución de la República; 2 a propuesta del Ministerio de Salud Pública, uno de los cuales lo presidirá; 1 a propuesta del Ministerio de Economía y Finanzas y otro a propuesta del Banco de Previsión Social. Los restantes 3 miembros representarán a los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, a sus trabajadores y a sus usuarios, a razón de uno por cada sector y su mandato tendrá una duración máxima de 2 años. _____

La reglamentación de esta ley determinará la forma de elección de los representantes de los prestadores, trabajadores y usuarios a que refiere el inciso anterior, mediante mecanismos que aseguren una selección democrática. ____

Artículo 25.- Para la integración del primer Directorio de la Junta Nacional de Salud los representantes sociales serán designados por las organizaciones representativas de prestadores y trabajadores respectivamente. _____

Asimismo la primera designación de la representación de los usuarios será determinada en la reglamentación de esta ley.

Artículo 26.- La Junta Nacional de Salud contará con Consejos Asesores Honorarios Departamentales o Locales, que se integrarán en la forma que determine la reglamentación de la presente ley, observando que en los mismos estén representados los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, sus trabajadores y sus usuarios. _____

Estos Consejos tendrán funciones de asesoramiento, proposición y evaluación en sus respectivas jurisdicciones, pero sus informes y propuestas no tendrán carácter vinculante. _____

Artículo 27.- Compete al Directorio de la Junta Nacional de Salud: _____

a) Representar al organismo a través de su Presidente, pudiendo otorgar los mandatos que en su caso corresponda. _____

b) Suscribir con los prestadores que se integren al Sistema Nacional Integrado de Salud los contratos de gestión a que refiere el artículo 15 de la presente ley. _____

c) Regular los mecanismos de financiamiento de la atención integral de salud que corresponda a los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud y fiscalizar la efectiva integración de los aportes al Fondo Nacional de Salud que se determinan en el Capítulo VII de esta ley. _____

d) Disponer el pago de cuotas salud a los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, de acuerdo a sus padrones de usuarios y previa verificación del cumplimiento de las obligaciones a su cargo. _____

e) Regular las relaciones entre los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud y entre éstos y terceros. _____

f) Disponer la suspensión temporal o definitiva, total o parcial del pago de cuotas salud en caso de incumplimiento de las obligaciones a cargo de los prestadores, determinado por acto administrativo firme. _____

g) Ejercer la facultad disciplinaria sobre el personal a cargo del organismo. _____

h) Proyectar el presupuesto del organismo, de acuerdo al artículo 220 de la Constitución de la República. _____

i) Dar y tomar en arrendamiento cualquier clase de bienes.

j) Adquirir, gravar, permutar y enajenar bienes inmuebles, con autorización del Poder Ejecutivo. _____

k) Crear unidades administrativas necesarias para el mejor cumplimiento de los cometidos del organismo, definiendo sus atribuciones. _____

l) Elevar a la consideración del Poder Ejecutivo el Balance y el proyecto de Memoria Anual. _____

m) Las demás que le asigne esta ley. _____

Artículo 28.- Compete al Presidente del Directorio de la Junta Nacional de Salud: _____

a) Presidir sus sesiones, sin perjuicio de los mandatos sustitutivos que otorgue en previsión de sus ausencias. __

b) Ejecutar las resoluciones del Directorio. _____

c) Adoptar las medidas urgentes que entiende necesarias para el cumplimiento de los cometidos de la Junta Nacional de Salud, dando cuenta de ellas al Directorio en la primera sesión posterior y estando a lo que ésta resuelva. Para modificar las decisiones adoptadas en el ejercicio de esta potestad será necesario el voto de por lo menos 5 de los miembros del Directorio. _____

d) Suscribir, conjuntamente con el miembro del Directorio o con el funcionario que éste designe, todos los actos, contratos y convenios en que intervenga el organismo. ___

e) Las demás que le sean encargadas por el Directorio. __

Artículo 29.- Para sesionar, el Directorio de la Junta Nacional de Salud requerirá la presencia de 4 de sus miembros. Las decisiones se tomarán por mayoría simple de votos de integrantes del Cuerpo. _____

En caso de empate el voto del presidente del Directorio se computará doble. _____

Artículo 30.- Para atender sus costos de funcionamiento la Junta Nacional de Salud dispondrá de los siguientes recursos: _____

a) Las partidas presupuestales y extrapresupuestales que se le asignen al organismo. _____

b) Las herencias, legados y donaciones que reciba. _____

c) Los fondos provenientes de la cooperación internacional que pudiera ser brindada por organismos internacionales entre otros, cualquiera sea su origen. _____

d) Las rentas generadas por sus activos. _____

Artículo 31.- Los recursos humanos de la Junta Nacional de Salud se integrarán con los que le sean transferidos por el

Ministerio de Salud Pública y otros organismos del Estado, garantizando el respeto de sus derechos laborales. Los nuevos ingresos de personal que resuelva la Junta Nacional de Salud se sujetarán a las normas que rigen la contratación de funcionarios públicos. _____

CAPITULO IV - RED DE ATENCION EN SALUD _____

Artículo 32.- El Sistema Nacional Integrado de Salud se organizará en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones. Tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención. _____

Artículo 33.- La Junta Nacional de Salud, de acuerdo a las normas que dicte el Ministerio de Salud Pública, establecerá y asegurará los mecanismos de referencia y contra referencia entre los distintos niveles de atención. _____

Artículo 34.- El primer nivel de atención esta constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigidos a la persona, la familia, comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutividad las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral son practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia. _____

Se priorizará la coordinación local, departamental o regional entre servicios de salud del primer nivel nacionales, departamentales y comunitarios. _____

Artículo 35.- El segundo nivel de atención está constituido por el conjunto de actividades para la atención integral de carácter clínico, quirúrgico u obstétrico en régimen de hospitalización de breve o mediana estancia, hospitalización de día o de carácter crónico. Está orientado a satisfacer necesidades de baja, mediana o alta complejidad con recursos humanos, tecnológicos e infraestructura de diversos niveles de complejidad. En él se asienta la cobertura más frecuente de las atenciones de emergencia. _____

Artículo 36.- El tercer nivel de atención esta destinado a la atención de patologías que demanden tecnología diagnóstica y de tratamiento de alta especialización. Los recursos humanos, tecnológicos e infraestructura estarán adecuados a esas necesidades. _____

Artículo 37.- La Junta Nacional de Salud fomentará el establecimiento de redes de atención en salud. Las entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud podrán coordinar acciones dentro de un marco territorial definido, para brindar una adecuada asistencia y racionalizar los recursos. _____

Articulo 38.- Las redes territoriales de atención en salud podrán articular su labor con los centros educativos en cada zona así como con las políticas sociales existentes y el conjunto de las políticas dirigidas a mejorar la calidad de vida de la población, desarrollando una perspectiva intersectorial. _____

Artículo 39.- Las entidades públicas y privadas que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud podrán contratar entre sí y con terceros las prestaciones incluidas en los programas integrales de atención a la salud que apruebe el Ministerio de Salud Pública. _____

Dichos contratos deberán ser sometidos a la autorización de la Junta Nacional de Salud, la que controlará todo lo referente a la habilitación de los prestadores y su infraestructura, capacidad asistencial, relación entre el volumen de prestaciones a contratar y el número de usuarios del prestador contratante, plazos de los contratos y la estabilidad de las condiciones de relacionamiento. _____

La Junta Nacional de Salud verificará que las entidades contratantes no mantengan deudas vencidas con quienes pretenden contratar, en cuyo caso deberán cancelarlas o refinanciarlas antes de la firma de un nuevo contrato. _____

Si la Junta Nacional de Salud no formula observaciones ni deniega la autorización dentro de los 30 días de presentada la solicitud, el respectivo contrato se considerará autorizado. _____

En situaciones de caso fortuito, fuerza mayor y otras razones de urgencia, los prestadores podrán contratar notificando de inmediato a la Junta Nacional de Salud. Esta concederá un plazo prudencial para la presentación de la documentación contractual y acreditante de las circunstancias excepcionales que motivaron la contratación. En caso de incumplimiento, se aplicará el régimen sancionatorio previsto en el artículo 27, literal g. _____

Artículo 40.- Las farmacias registradas y habilitadas por el Ministerio de Salud Pública podrán dispensar medicamentos a los usuarios de los prestadores de salud que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, en los términos de los contratos que celebren con los mismos. _____

A dichos contratos les será aplicable, en lo que corresponda, lo dispuesto en el artículo 39 de la presente ley. _____

Artículo 41.- Los precios de referencia para las contrataciones podrán ser determinados por el Poder Ejecutivo. _____

Artículo 42.- Es incompatible el ejercicio de la dirección y el gerenciamiento de las entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud que demanden servicios a terceros con la provisión de los mismos, salvo cuando se formalicen alianzas estratégicas entre prestadores o cuando uno de ellos asuma el gerenciamiento del otro. En ambos casos se requerirá autorización de la Junta Nacional de Salud. _____

La incompatibilidad incluye a las personas que ejerzan la función, sus socios, cónyuges o concubinos, ascendientes y descendientes hasta el segundo grado de consanguinidad. _____

Los contratos que se formalicen violando esta disposición serán nulos a partir del momento en que se verifique dicha incompatibilidad. _____

CAPITULO V - COBERTURA DE ATENCION MEDICA __

Artículo 43.- Las entidades públicas y privadas que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán suministrar a su población usuaria los programas integrales de prestaciones que apruebe el Ministerio de Salud Pública, con recursos propios o contratados con otros prestadores integrales o parciales, públicos o privados. _____

Los programas integrales de prestaciones incluirán: _____

a) Actividades de promoción y protección de salud dirigidas a las personas. _____

b) Diagnóstico precoz y tratamiento adecuado y oportuno de los problemas de salud-enfermedad detectados. _____

c) Acciones de recuperación, rehabilitación y cuidados

paliativos, según corresponda. _____
d) Acceso a medicamentos y recursos tecnológicos suficientes. _____
La reglamentación definirá taxativamente las prestaciones incluidas, que serán descriptas en términos de sus componentes y contarán con indicadores de calidad de los procesos y resultados, conforme a las cuales la Junta Nacional de Salud auditará la atención brindada a los efectos de autorizar el pago de cuotas-salud a los prestadores. _____
Artículo 44.- Las entidades que integren el Sistema Nacional de Salud deberán ofrecer a su población usuaria al menos tres opciones diferentes de suministro de las prestaciones de emergencia médica incluidas en los programas integrales que apruebe el Ministerio de Salud Pública, excepto cuando en el territorio de que se trate no exista el número suficiente de prestadores habilitados para brindarlas. La reglamentación definirá las modalidades de aplicación de esta disposición. _____
Artículo 45.- Las prestaciones no incluidas en los programas integrales de observancia obligatoria, que ofrezcan a sus usuarios las instituciones que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud serán convenidas entre prestadores y usuarios, en régimen de libre contratación. Cuando se trate de prestaciones sanitarias, el Ministerio de Salud Pública las controlará en sus aspectos técnicos. _____
Artículo 46.- Las prestaciones económicas correspondientes a enfermedad, maternidad, accidentes de trabajo y otras contingencias relacionadas con la salud, continuarán siendo brindadas por los organismos públicos y las entidades privadas competentes, de conformidad con las disposiciones en vigor. Los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud realizarán, para sus respectivos usuarios, las pericias técnicas que correspondan. _____
CAPITULO VI - USUARIOS DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD _____
Artículo 47.- Son usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud todas las personas que residan en el territorio nacional. Tal condición se adquiere a partir del registro espontáneo o a solicitud de la Junta Nacional de Salud, en una de las instituciones prestadoras de servicios de salud que lo integren. La reglamentación establecerá los términos y condiciones de dicho registro. _____
Los prestadores no podrán rechazar a ningún usuario ni limitarle las prestaciones incluidas en los programas integrales de salud aprobados por el Ministerio de Salud Pública. _____
Artículo 48.- La elección de prestador es libre. Una vez formalizado el registro ante una de las instituciones integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud, podrá modificarse en los términos que fije la reglamentación. ___
No se admitirá la doble cobertura de atención médica integral a cargo del Sistema, debiendo los usuarios optar por una de las que eventualmente les correspondieran. _____
Artículo 49.- Los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud tienen los siguientes derechos respecto de los prestadores integrados al mismo: _____
a) A recibir información completa y actualizada sobre los servicios a que pueden acceder y sobre los requisitos para hacer uso de los mismos. _____
b) A recibir, en igualdad de condiciones, las prestaciones incluidas en los programas integrales a que refiere el artículo 43. _____
c) Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad. _____
d) A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en las instituciones de salud, sin perjuicio de las facultades de la Junta Nacional de Salud, del Ministerio de Salud Pública y del Fondo Nacional de Recursos cuando se trate de actos médicos financiados por el mismo. _____
e) A conocer los resultados asistenciales y económicos financieros de la Institución. _____
f) A recibir información sobre las políticas de salud y los programas de atención integral que se implementan en el Sistema Nacional Integrado de Salud. _____
g) Los demás que establezca la reglamentación y otras disposiciones aplicables. _____
Artículo 50.- Son obligaciones de lo usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud: _____
a) Responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones a que tienen derecho. _____
b) Dar cumplimiento a las formalidades que se requieran para acceder a los servicios de salud. _____
c) Respetar los estatutos de las instituciones prestadoras de servicios. _____
d) Cumplir con las disposiciones de naturaleza sanitaria de observancia general y con las específicas que determinen las entidades prestadoras cuando estén utilizando sus servicios. _____
e) Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las mismas. _____
f) Las demás que establezca la reglamentación y otras disposiciones aplicables. _____
El incumplimiento de las obligaciones antes referidas acarreará las consecuencias previstas en los estatutos de las entidades prestadoras. _____
Artículo 51.- Los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud tendrán el derecho a participar en los órganos a que refiere el artículo 12 de la presente ley, en los términos que determine su reglamentación. _____
Artículo 52.- La Junta Nacional de Salud podrá establecer un sistema de recepción de quejas y denuncias de usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud, así como mecanismos de solución de diferendos entre estos y los prestadores, sin perjuicio de los recursos administrativos y judiciales correspondientes. _____
CAPITULO VII - FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD _____
Artículo 53.- Las prestaciones que conforme a esta ley y su reglamentación deben brindar obligatoriamente a sus usuarios los prestadores públicos y privados que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, dará derecho a éstos al cobro de cuotas salud según el número de personas inscriptas en sus padrones. _____
La cuota-salud, cuyo valor será igual para prestadores públicos y privados, será fijada por el Poder Ejecutivo, con intervención del Ministerio de Economía y Finanzas y del Ministerio de Salud Pública, oyendo a la Junta Nacional de Salud. Dicha cuota tendrá en cuenta costos diferenciales

según grupos poblacionales determinados y cumplimiento de metas asistenciales. _____

Se actualizará con la periodicidad que determinen las autoridades competentes, tomando en consideración costos asociados a sus componentes e incorporación de nuevos programas integrales de atención en salud. _____

Artículo 54.- Créase el Seguro Nacional de Salud, que contará con un fondo único y obligatorio denominado Fondo Nacional de Salud e integrado con aportes públicos y privados, con cargo al cual se pagará las cuotas-salud que correspondan a los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud. _____

El Fondo Nacional de Salud se constituirá en el Banco de Previsión Social, que recepcionará los aportes a que refieren los artículos siguientes y efectivizará los pagos de cuotas salud de conformidad con las órdenes de pago que emita la Junta Nacional de Salud. _____

Artículo 55.- Serán recursos del Fondo Nacional de Salud:

a) Aportes del Estado provenientes de asignaciones presupuestales y extrapresupuestales. _____

b) Aportes obligatorios de trabajadores y empresas del sector privado. _____

c) Aportes obligatorios de los trabajadores del sector público que se incorporen al régimen de esta ley. _____

d) Aportes del Estado sobre la masa salarial que abone a los trabajadores públicos a que refiere el inciso anterior. _____

e) Aportes obligatorios de pasivos. _____

f) Aportes obligatorios de personas físicas que no queden incluidas en los incisos anteriores. _____

g) Otros que pudieran corresponderle por aplicación de disposiciones legales o reglamentarias. _____

h) Las rentas generadas por sus activos. _____

Artículo 56.- El Estado y las empresas privadas aportarán al Fondo Nacional de Salud un 5% (cinco por ciento) del total de las retribuciones sujetas a montepío que paguen a sus trabajadores y los complementos de cuota-salud que correspondan por aplicación del artículo 338 de la Ley N° 16.320, de 1° de noviembre de 1992. Los organismos públicos que posean un régimen propio de cobertura médica, se integrarán al sistema una vez incorporados al Fondo Nacional de Salud. Los créditos habilitados para tales regímenes financiarán el aporte referido. Los trabajadores aportarán un 6% (seis por ciento) de sus retribuciones, dentro de los que se computarán los aportes ya previstos al Fondo Nacional de Salud, siempre que sus ingresos superen 2,5 (dos con cinco) bases de prestaciones contributivas mensuales. Dicho aporte y los derechos incluidos en el artículo 58 para los aportantes ya integrados al Fondo regirán a partir del 1° de enero de 2008. _____

Artículo 57.- El Poder Ejecutivo podrá remitir al Poder Legislativo en un plazo no mayor a 180 (ciento ochenta) días desde la promulgación de la presente ley, una propuesta gradual de incorporación al Sistema Nacional Integrado de Salud de aquellos colectivos no considerados en la presente ley tomando en cuenta las situaciones de mayor emergencia en materia de cobertura de servicios de salud. _____

Artículo 58.- Los aportes a que hace referencia el artículo 56 de la presente ley darán derecho a los hijos menores de 18 años y a los mayores de esa edad con discapacidades a cargo de los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud, a recibir atención integral en salud, sin costo adicional alguno exceptuando, en su caso, las tasas moderadoras que estén autorizadas a percibir las entidades que integren el Sistema. _____

Los padres de dichos hijos elegirán para ellos el prestador público o privado que estimen conveniente, en acuerdo con el artículo 48 de la presente ley e independientemente del que ellos estén incorporados. En caso de fallecimiento de los progenitores o de disolución de la pareja parental por separación o divorcio, realizará la elección de la entidad quien detente en guarda o tenencia. Para los que están sujetos a tutela o curatela, los tutores o curadores elegirán la entidad atendiendo a las necesidades particulares de los mismos. _____

Artículo 59.- Los aportes a que hace referencia el artículo 56 de la presente ley dará derecho a los cónyuges a cargo de los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud, a recibir atención integral en salud, sin costo adicional alguno exceptuando, en su caso, las tasas moderadores que estén autorizadas a percibir las entidades que integren el Sistema. Facúltase al Poder Ejecutivo a definir la fecha de entrada en vigencia de los derechos incluidos en el presente artículo. _____

Artículo 60.- Estarán exceptuados de realizar los aportes determinados en el artículo 56 las personas a que refiere el artículo 18 de la presente ley. Si tuvieren hijos menores de 18 años, hijos mayores de esa edad con discapacidades y/o cónyuge a cargo, aportarán el 3% (tres por ciento) de las retribuciones sujetas a montepío que perciban. Facúltese al Poder Ejecutivo a definir la entrada en vigencia del aporte definido en este artículo así como de los derechos incluidos en los artículos 58 y 59 de la presente ley. _____

Artículo 61.- La reglamentación determinará las condiciones conforme a las cuales los hijos menores de 18 años no incluidos en el artículo 58 de la presente ley, los concubinos y las personas mayores de 65 años, a cargo de usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud, obtendrán cobertura integral de salud a través de los prestadores que lo integren. _____

Artículo 62.- El Fondo Nacional de Recursos mantendrá su autonomía administrativa en los términos de la Ley N° 16.343, de 24 de diciembre de 1992 y demás disposiciones aplicables. Los aportes a que refieren los literales a, b y c del artículo 3° de la Ley N° 16.343, serán sustituidos por una cuota única por cada beneficiario del Sistema Nacional Integrado de Salud que la Junta Nacional de Salud le reembolsará. _____

Artículo 63.- Hasta la efectiva aplicación de lo dispuesto en el artículo 57 de la presente ley, los beneficiarios del Sistema Nacional Integrado de Salud no incluidos en el régimen de seguridad social seguirán abonando directamente a sus respectivos prestadores por los servicios de salud que reciban. _____

De lo actuado se procede a la toma de versión taquigráfica cuya copia dactilografiada luce en el Distribuido N° 1764/2007, y que forma parte integrante de la presente Acta. _____

A la hora once y cuarenta minutos se levanta la sesión. ____

Para constancia se labra la presente Acta que, una vez

aprobada, firman el señor Presidente y los señores Secretarios de la Comisión. _____

Eber Da Rosa
Presidente

Rodolfo Caimi
Secretario

Alberto Martínez Payssé
Secretario.

DISPOSICIONES CITADAS

Ley N° 17.930, de 19 de diciembre de 2005

SECCION IV - INCISOS DE LA ADMINISTRACION CENTRAL

INCISO 12 - MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

Artículo 265.- El Sistema Nacional Integrado de Salud será financiado por un Seguro Nacional de Salud, el que se creará por ley según lo dispuesto en el artículo 67 y en la disposición transitoria letra V)** de la Constitución de la República y contará con un Fondo Unico y Obligatorio constituido por los aportes del Estado, aportes de las empresas públicas y privadas y el aporte universal de los hogares beneficiarios del Sistema Nacional Integrado de Salud.

El aporte del Estado provendrá de la asignación presupuestal al financiamiento del sistema de salud.

El aporte de las empresas públicas y privadas será proporcional a la nómina de sus trabajadores.

El aporte de los hogares será un porcentaje de sus ingresos de manera de contribuir a la equidad en el aporte al financiamiento de la salud, en tanto las normas tributarias fijarán la forma y porcentaje de dichos aportes.

El reembolso a los prestadores integrales públicos y privados de salud se hará de acuerdo a cápitas ajustadas por riesgo y metas de prestación de servicios en cada nivel de atención.

La reglamentación fijará los valores de las cápitas integrales ajustadas por riesgo, los mecanismos de ajuste de las mismas y las metas de prestación por nivel de atención.

Sólo podrán integrar el Seguro Nacional de Salud a crearse, las instituciones de asistencia médica colectiva previstas en el artículo 6° del Decreto-Ley N° 15.181, de 21 de agosto de 1981 y sus modificativas, así como las instituciones de asistencia médica privada particular sin fines de lucro.

Sin perjuicio, aquellos seguros integrales autorizados y habilitados por el Ministerio de Salud Pública al amparo de lo dispuesto por el artículo 3° del Decreto-Ley N° 15.181, de 21 de agosto de 1981, que operen bajo alguna de las formas jurídicas previstas en la Ley N° 16.060, de 4 de setiembre de 1989, que se encuentren funcionando regularmente a la fecha de la vigencia de la presente ley, integrarán el Seguro Nacional de Salud a crearse, según sus prescripciones, de acuerdo a las pautas que indique la reglamentación que a tal efecto dictará el Poder Ejecutivo y sin perjuicio de la libre contratación que garantiza la norma.

Ley N° 9.202, de 12 de enero de 1934

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA - LEY ORGANICA

CAPITULO I

Artículo 1°.- Compete al Poder Ejecutivo por intermedio de su Ministerio de Salud Pública, la organización y dirección de los servicios de Asistencia e Higiene.

En materia administrativa, el Ministerio de Salud Pública se regirá por lo dispuesto en esta Ley y en el Decreto Orgánico de los Ministerios, en cuanto fuera aplicable.

Artículo 2°.- En materia de Higiene, el Ministerio de Salud Pública ejercerá los siguientes cometidos:

1°.- La adopción de todas las medidas que estime necesario para mantener la salud colectiva y su ejecución por el personal a sus órdenes, dictando todos los reglamentos y disposiciones necesarias para ese fin primordial.

2°.- En caso de epidemia o de serias amenazas de invasión de enfermedades infecto-contagiosas, el Ministerio adoptará de inmediato las medidas conducentes a mantener indemne el país o disminuir los estragos de la infección. En este caso, el Poder Ejecutivo dispondrá la intervención de la fuerza pública, para garantizar el cumplimiento de las medidas dictadas.

3°.- Determinará, cuando fuere necesario, por intermedio de sus oficinas Técnicas, el aislamiento y detención de las personas que por sus condiciones de salud, pudieran constituir un peligro colectivo.

4°.- La determinación de las condiciones higiénicas que deben observarse en los establecimientos públicos o privados o habitaciones colectivas, tales como cárceles, asilos, salas de espectáculos públicos, escuelas públicas o privadas, talleres, fábricas, hoteles y todo local de permanencia en común, etc.; disponer su inspección y la vigilan-

cia del cumplimiento de lo dispuesto. El Ministerio de Salud Pública ejercerá sobre los Municipios superintendencia en materia sanitaria.

5°.- Difundir el uso de las vacunas o sueros preventivos como agentes de inmunización, imponer su uso en casos necesarios y vigilar el cumplimiento de las leyes que imponen la obligatoriedad de vacunación y revacunación antivariólica. El Ministerio de Salud Pública contraloreará la preparación oficial y privada de sueros y vacunas.

6°.- Reglamentar y contralorear el ejercicio de la Medicina, la Farmacia y profesiones derivadas, y los establecimientos de asistencia y prevención privados.

7°.- Ejercer la policía higiénica de los alimentos y atender y contralorear el saneamiento y abastecimiento de agua potable en el país.

8°.- Adoptar las medidas necesarias para evitar la propagación de los males venéreo-sifilíticos.

9°.- Propender por todos los medios a la educación sanitaria del pueblo.
Sustituido por la Ley N° 15.903, Art. 266.

10.- El Ministerio de Salud Pública será siempre consultado en la conclusión de tratados o convenciones internacionales que interesen a la salud pública. Las leyes aprobatorias de estos tratados serán refrendadas por el Ministro de Relaciones Exteriores y el de Salud Pública.

11.- Corresponde al MSP, hacer formar y mantener la estadística sanitaria nacional.

12.- El MSP podrá nombrar Comisiones de asesoramiento y cooperación.

Artículo 3°.- En materia de Asistencia, compete al MSP, la organización, administración y funcionamiento de los servicios destinados al cuidado y tratamiento de enfermos y la administración de los establecimientos destinados a la protección de incapaces y menores desamparados, que no quedaren sujetos al Ministerio de Protección a la Infancia.

Artículo 4°.- Todo habitante del país tiene la obligación de someterse a las medidas profilácticas o de asistencia que se le impongan, cuando su estado de salud a juicio del Ministerio de Salud Pública, pueda constituir un peligro público. El Ministerio de Salud Pública podrá imponer, cuando lo estime necesario, la denuncia y tratamiento obligatorio de las afecciones que por su naturaleza o el género de ocupaciones a que se dedica la persona que las padezca, pueda tener una repercusión sobre la sociedad.

Artículo 5°.- El obligado a someterse a tratamiento podrá hacerlo en los establecimientos públicos, con sujeción a las condiciones que se le impongan, o privadamente con el contralor de la autoridad, salvo el caso en que se disponga del aislamiento o la internación en un establecimiento o lugar determinado.

Artículo 6°.- Las Intendencias Municipales coadyuvarán dentro de sus respectivas jurisdicciones, al cumplimiento de las decisiones tomadas por los organismos centrales de Salud Pública.

Artículo 7°.- Los servicios de asistencia prestados por el Estado cuando fueran solicitados por los interesados o impuestos por la Autoridad Sanitaria, obligarán a la compensación pecuniaria de quien reciba los beneficios o de las personas obligadas a prestarlos en razón del parentesco en proporción a su estado de fortuna.

Unicamente serán gratuitos en los casos de pobreza notoria. El MSP, al reglamentar la presente ley, establecerá el procedimiento a seguirse para justificar las condiciones económicas del beneficiado.

Artículo 8°.- Facúltase al Poder Ejecutivo para establecer en sus Reglamentos Administrativos sobre salud pública, penas hasta de quinientos pesos de multa, para el caso de omisión o incumplimiento de las disposiciones que tome en materia de salubridad y asistencia pública.

Artículo 9°.- Igualmente se podrá disponer de la facultad de clausurar cualquier establecimiento que por sus condiciones de insalubridad pueda constituir un peligro.

CAPITULO II

DE LA SANIDAD MARITIMA, AEREA Y DE FRONTERAS

Artículo 10.- El MSP, velará por intermedio de sus oficinas respectivas, del cumplimiento fiel de los Tratados, Convenciones y Acuerdos Internacionales relativos a sanidad pública, y dispondrá las medidas necesarias para facilitar su cumplimiento o para intervenir en los casos no previstos por acuerdos internacionales.

Artículo 11.- Le corresponde también intervenir por vía de reglamentación para fijar las condiciones de salud de las personas que pretendan ingresar al país sean o no inmigrantes.

Artículo 12.- En materia de inmigración le corresponde al MSP, por intermedio de sus Oficinas Técnicas, disponer el rechazo de los inmigrantes que no se ajusten a las condiciones de salud fijadas por las leyes vigentes o por las disposiciones que se tomen en lo sucesivo.

CAPITULO III

DE LA POLICIA DE LA MEDICINA Y PROFESIONES DERIVADAS

Artículo 13.- Nadie podrá ejercer la profesión de Médico-cirujano, Farmacéutico, Odontólogo y Obstétrico, sin inscribir previamente el título que lo habilite para ello, en las Oficinas del MSP.

Artículo 14.- Corresponde al MSP reglamentar y vigilar el ejercicio de las profesiones mencionadas en el artículo anterior, y de todas las auxiliares de la medicina. También le corresponde reglamentar y vigilar el funcionamiento de las Instituciones Privadas de Asistencia, de las Sociedades Mutualistas y de las instituciones de carácter científico y gremial cuando se refiere a los profesionales mencionados en este capítulo.

Artículo 15.- Ejerce ilegalmente la medicina el que, careciendo de título regularmente expedido o revalidado de acuerdo con las leyes de la Nación, se dedicare al tratamiento de las enfermedades ejerciendo actos reservados a las personas habilitadas por el Estado para tal fin.

Artículo 16.- Se considera también ejercicio ilegal de la medicina, a los efectos de esta ley, la atribución de condiciones para curar enfermedades por cualquier medio aun cuando no sean los habitualmente empleados por la ciencia.

Artículo 17.- El que teniendo un título legalmente expedido para ejercer la medicina o cualquiera de los ramos anexos del arte de curar, lo utilizare para cohonestar o encubrir las actividades de un curandero o para sustraerlo de la aplicación de las sanciones de esta ley, será pasible de la aplicación de esas mismas sanciones.

Artículo 18.- No caen dentro de lo dispuesto en los Artículos anteriores, las actividades de practicantes de medicina y enfermeros, que serán reglamentados por la Autoridad Sanitaria.

CAPITULO IV

POLICIA DE LOS ALIMENTOS

Artículo 19.- La determinación de las condiciones que deben llenar los alimentos puestos en el comercio y las normas que fijen su calidad y su pureza, compete exclusivamente al Ministerio de Salud Pública. La fiscalización y contralor se ejercen por los funcionarios del Ministerio encargados de ese cometido, sin perjuicio de la intervención municipal y de las oficinas de la aduana que corresponda.

Artículo 20.- Las mismas atribuciones tendrá el Ministerio de Salud Pública para fijar, contralorear y fiscalizar las drogas y todo producto medicamentoso que se ponga en el comercio, atribuyéndosele propiedades curativas.

Artículo 21.- A los efectos consignados en el artículo anterior, entiéndase por alimento, además de todos los productos que se usan para la alimentación del hombre, las bebidas, dulces y condimentos habituales.

CAPITULO V

POLICIA DE LA PROSTITUCION Y DE LOS VICIOS SOCIALES

Artículo 22.- En materia de prostitución, el Poder Ejecutivo establecerá la sustitución del régimen actual de reglamentación, por otro basado en la supresión del prostíbulo, la denuncia y el tratamiento obligatorio de las enfermedades venéreo-sifilíticas de acuerdo con la facultad asignada en el inciso 3° del artículo 2° de esta Ley, y propondrá al Parlamento el establecimiento del delito de contagio intersexual y nutricio.

Artículo 23.- Extender la acción profiláctica en materia de prostitución, a los vicios sociales en general, que disminuyen la capacidad de los individuos o atenten contra la salud, tales como las toxicomanías, el alcoholismo, etc.

CAPITULO VI

DE LA COMISION DE SALUD PUBLICA

Artículo 24.- En el Ministerio de Salud Pública, funcionará la Comisión de Salud Pública, de carácter honorario, que será presidida por el Ministro y constituida por quince miembros, que serán designados por el Poder Ejecutivo, aplicando la proporcionalidad fijada para la elección de miembros de servicios descentralizados.

Artículo 25.- Corresponde a la Comisión:

a) Dictaminar sobre todas las cuestiones técnicas y administrativas relacionadas con la Asistencia e Higiene Pública, que le sean sometidas por el Ministerio de Salud Pública.

b) Proponer al Ministro de Salud Pública Ordenanzas de carácter sanitario.

Artículo 26.- Corresponde también a esta Comisión, constituida en tribunal disciplinario, juzgar y reprimir las faltas cometidas por los médicos y los que ejercen profesiones anexas en el ejercicio de su profesión, cuando éstos se

aparten del cumplimiento de las normas generales que determinen las Ordenanzas y Reglamentos.

Artículo 27.- La Comisión ejercerá también la función de reprimir el ejercicio ilegal de la medicina, de acuerdo con lo establecido en el Capítulo III de esta Ley.

Artículo 28.- La averiguación de las faltas previstas en esta Ley se llevará acabo por intermedio de las oficinas técnicas del Ministerio de Salud Pública y la aplicación de las sanciones correspondientes, es del resorte de la Comisión de Salud Pública.

Contra las decisiones que dicte esa autoridad, sólo podrá interponerse el recurso de apelación para ante el Ministro de Salud Pública, dentro del plazo de cinco días previa consagración y garantía suficiente, de la multa impuesta.

Artículo 29.- La Comisión de Salud Pública queda facultada para solicitar las medidas tendientes a la averiguación de las faltas a que se refiere esta ley. Terminado el sumario administrativo, la Comisión de Salud Pública lo elevará al Ministerio de Salud Pública, el cual dará vista en la Oficina, al o a los inculpados quienes en el plazo de ocho días evacuarán la vista o solicitarán la ampliación de las pruebas producidas.

Artículo 30.- Los inspectores en quienes se delegue la averiguación de los hechos castigados por esta Ley, podrán inspeccionar los consultorios y establecimientos donde se preste asistencia médica, o los lugares donde se presume que se cometan infracciones castigadas por esta disposición.

Artículo 31.- Los que cometieren las faltas previstas en los artículos 1°, 15, 16 y 17 de esta Ley, serán llamados por la primera vez ante la Comisión de Salud Pública, para ser apercibidos siempre que de la investigación practicada no resultare haberse producido algún daño en la salud de terceras personas; en caso de reincidencia, incurrirán en la pena de 100 a 500 pesos (cien a quinientos pesos) de multa. La Comisión de Salud Pública podrá disponer, además de la multa, la publicación de la resolución con mención del infractor y de la pena impuesta, todo a costa del infractor.

Artículo 32.- Toda vez que, al realizarse el procedimiento fijado en los Artículos precedentes, se sospechare la comisión de algún hecho delictuoso previsto por las leyes penales, se suspenderá el procedimiento y se formulará sin más trámite la denuncia correspondiente a la Justicia del Crimen.

Artículo 33.- Corresponde también a la Comisión de Salud Pública proceder a la tasación de los honorarios reclamados judicialmente por los profesionales mencionados en el artículo 13. Los Jueces de la República remitirán a la Comisión, una vez dictada sentencia definitiva en los asuntos de esta naturaleza los respectivos expedientes, para que este organismo proceda a la tasación de los servicios reconocidos en la sentencia judicial.

CAPITULO VII

DE LOS FUNCIONARIOS DE SALUD PUBLICA

Artículo 34.- En el personal del Ministerio de Salud Pública se distinguirán tres categorías:

a) Personal técnico.

b) Personal administrativo.

c) Personal secundario especializado.

Artículo 35.- El ingreso a un cargo técnico por vacancia de éste se realizará mediante concurso de oposición entre los aspirantes. Entiendáse por cargo técnico a los efectos de esta Ley, aquél para cuyo ejercicio necesite el aspirante poseer un título universitario que lo habilite para desempeñarlo y los cargos que sin ser desempeñados por profesionales, exigen por naturaleza, una preparación científica adecuada, como el de ayudante técnico.

Artículo 36.- Vacante un cargo de esta naturaleza, el Ministerio de Salud Pública designará un tribunal técnico para recibir la prueba de los aspirantes, mediante el concurso de oposición.

Artículo 37.- El ascenso dentro de esta categoría, se realizará mediante concurso de méritos o de oposición, entre los funcionarios que aspiren al ascenso.

Artículo 38.- La provisión de los cargos administrativos se hará con sujeción a los siguientes principios, sin perjuicio de lo establecido expresamente en el artículo 41.

a) El ingreso a la Administración Sanitaria se realizará por la jerarquía inferior;

b) Los aspirantes deberán someterse a un concurso de oposición en las condiciones que determine el Ministerio, de una manera general, para esta clase de pruebas.

c) Se deberá acredita en todos los casos, prueba de moralidad y buena conducta.

Artículo 39.- Los ascensos del personal administrativo, se efectuarán de la jerarquía inferior a la inmediata superior, previa la realización del concurso de méritos o de oposición.

En los ascensos se tendrán en cuenta las condiciones de aptitud demostradas en el desempeño del cargo inferior.

Artículo 40.- Con la designación del personal secundario especializado, se comprenden los que desempeñan aquellas funciones dentro de la Administración Sanitaria, para las que es preciso acreditar condiciones de idoneidad en materia hospitalaria o de profilaxis: nurses, enfermeras, visitadores, así como todos los cargos que tengan relación con el servicio sanitario y social. Los cargos de esta naturaleza, serán provistos mediante pruebas de suficiencia, en las condiciones que fije el Ministerio y mediando también la justificación de poseer el peticionante condiciones de moralidad y buena conducta, todo ello sin perjuicio de lo establecido en el artículo 41.

Artículo 41.- Créase en el Ministerio de Salud Pública, una Escuela de Sanidad Pública y Servicio Social.

Los aspirantes a cualquier cargo en la Administración Sanitaria deberán presentar certificados de suficiencia, mediante pruebas realizadas en esa escuela.

El Ministerio podrá disponer que los funcionarios de su dependencia realicen cursos de revisión y perfeccionamiento.

El funcionamiento de la Escuela de Sanidad Pública y Servicio Social no deberá importar aumento de ninguna clase en el presupuesto actual.

Artículo 42.- El Ministerio de Salud Pública no admitirá de ninguna manera el ingreso a un cargo de la Administración Sanitaria de cualquier naturaleza que sea, si no es con sujeción a los principios contenidos en los Artículos de esta Ley.

Artículo 43.- Los actuales empleados de Salud Pública mantendrán su posición jerárquica dentro del Ministerio de Salud Pública, y seguirán desempeñando sus funciones en las condiciones en que lo hacen actualmente; pero quedarán sujetos a lo prescripto en esta Ley.

Artículo 44.- El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley.

Artículo 45.- Derogánse todas las disposiciones que se opongan a la presente Ley.

Artículo 46.- Comuníquese, etc.

CONSTITUCION DE LA REPUBLICA

Artículo 187.- Los miembros de los Directorios y los Directores Generales, que no sean de carácter electivo, serán designados por el Presidente de la República en acuerdo con el Consejo de Ministros, previa venia de la Cámara de Senadores, otorgada sobre propuesta motivada en las condiciones personales, funcionales y técnicas, por un número de votos equivalente a tres quintos de los componentes elegidos conforme al artículo 94, inciso primero.

Si la venia no fuese otorgada dentro del término de sesenta días de recibida su solicitud, el Poder Ejecutivo podrá formular propuesta nueva, o reiterar su propuesta anterior, y en este último caso deberá obtener el voto conforme de la mayoría absoluta de integrantes del Senado.

La ley por tres quintos de votos del total de componentes de cada Cámara podrá establecer otro sistema de designación.

Artículo 220.- El Poder Judicial, el Tribunal de lo Contencioso Administrativo, la Corte Electoral, el Tribunal de Cuentas, los Entes Autónomos y los Servicios Descentralizados, con excepción de los comprendidos en el artículo siguiente, proyectarán sus respectivos presupuestos y los presentarán al Poder Ejecutivo, incorporándolos éste al proyecto de presupuesto. El Poder Ejecutivo podrá modificar los proyectos originarios y someterá éstos y las modificaciones al Poder Legislativo.

Ley N° 16.320, de 1° de noviembre de 1992

SECCION IV - INCISOS DE LA ADMINISTRACION CENTRAL

INCISO 13 - MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

Artículo 338.- El aporte patronal al seguro social de enfermedad, con excepción de los contribuyentes comprendidos en la Ley N° 15.852, de 24 de diciembre de 1986, y sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo siguiente deberá cubrir la diferencia que pudiera existir entre las contribuciones vigentes con destino a dicho servicio de seguro y el valor de la cuota mutual, con sus adicionales, que el Banco de Previsión Social abone a las entidades de asistencia, multiplicado por el número de dependientes beneficiarios.

Ley N° 16.343, de 24 de diciembre de 1992

Artículo 1°.- Facúltase al Poder Ejecutivo para instalar y poner en funcionamiento institutos de medicina altamente especializada destinados al diagnóstico y tratamiento de las afecciones que los requieran, los que estarán subordinados al Ministerio de Salud Pública.

La definición de medicina altamente especializada debe-

rá hacerse, a los efectos de la presente ley, con arreglo al dictamen técnico de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República.

Artículo 2°.- Las instituciones privadas que cuenten con servicios de medicina altamente especializada, existentes a la fecha de vigencia de la presente ley, o que se crearen en el futuro, podrán desarrollar libremente dicha actividad o brindarla a través del Fondo Nacional de Recursos, en las condiciones establecidas por la presente ley y por sus decretos reglamentarios.

Las instituciones privadas deberán, a requerimiento del Fondo Nacional de Recursos, por razones fundadas, prestar la asistencia necesaria, la que será retribuida de acuerdo con lo establecido en el artículo 7°.

Las instituciones de Asistencia Médica Colectiva definidas en el artículo 6° del Decreto-Ley N° 15.181, de 21 de agosto de 1981, deberán asegurar la cobertura de la totalidad de sus afiliados con relación a las afecciones y técnicas incluidas en el Fondo Nacional de Recursos, a través de los mecanismos previstos en la presente ley.

Artículo 3°.- A los efectos de la presente ley, créase un Fondo Nacional de Recursos que se integrará de la siguiente manera:

a) El aporte del Estado para cubrir la atención de los habitantes poseedores del correspondiente carné de asistencia otorgado por el Ministerio de Salud Pública.

b) El aporte del Estado, de los Entes Autónomos, de los Servicios Descentralizados y de las Administraciones Departamentales para cubrir la atención de aquellas personas cuya asistencia médica esté directamente a su cargo.

c) El aporte de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva para cubrir la atención de sus afiliados.

d) El aporte por afiliación directa de todas aquellas personas que deseen contratar un seguro de atención médica para estas prestaciones.

e) El producido del gravamen de un 5% (cinco por ciento) sobre los premios a abonar a consecuencia de los acierdos producidos en el juego denominado “Cinco de Oro”.

f) El aporte de los Seguros Parciales que brinden cobertura médica y quirúrgica, para cubrir la atención de sus afiliados.

Los aportes referidos en los literales A), B), C) y F) serán mensuales, consecutivos y directamente proporcionales a la cantidad de beneficiarios cuya asistencia médica sea responsabilidad de cada uno de los sectores o instituciones mencionados, con independencia del número de actos médicos realizados.

La Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Dirección Nacional de Sanidad Policial podrán optar por el costo de los actos médicos efectivamente realizados o por la situación actual.

La Comisión Honoraria Administradora fijará el monto y forma de actualización de los mismos.

Es aplicable a los efectos de su versión al Fondo Nacional de Recursos por las entidades mencionadas en los literales A), B) y C) de este artículo el régimen de recargos e intereses establecido en el Código Tributario, sin perjuicio de lo cual, en los casos pertinentes, los adeudos por ese concepto serán compensables con los pagos que deba realizarse el Banco de Previsión Social en aplicación del Decreto-Ley N° 14.407, de 22 de julio de 1975, y normas complementarias, por el procedimiento que determinará la reglamentación. El mismo régimen de recargo o intereses se aplicará en caso de atraso en los pagos a los Institutos de Medicina Altamente Especializada por parte del Fondo Nacional de Recursos.

El patrimonio que compone el Fondo Nacional de Recursos, estará destinado exclusivamente a los fines previstos por la presente ley.

Los fondos serán depositados en Bancos oficiales en cuentas especiales y se girará contra las mismas con la firma de dos de los integrantes de la Comisión Honoraria Administradora, uno de los cuales será el Presidente de la referida Comisión.

El Ministerio de Economía y Finanzas, los Entes Autónomos, los Servicios Descentralizados y las Administraciones Departamentales, cuando correspondiere, verterán mensualmente el importe establecido en los literales A), B) y E) de este artículo, en dichas cuentas especiales.

Facúltase al Poder Ejecutivo para establecer los sistemas de percepción de los aportes determinados para las instituciones de asistencia médica colectiva definidas en el artículo 6° del Decreto-Ley N° 15.181, de 21 de agosto de 1981, de modo de asegurar el debido y oportuno cumplimiento, por parte de las entidades referidas. (*)

(*) Notas:

Inciso 2°) redacción dada por: Ley N° 16.736, de 05/01/1996 artículo 409.

Inciso 1°) literal f) agregado/s por: Ley N° 16.736, de 05/01/1996 artículo 408.

Inciso 3°) agregado/s por: Ley N° 17.296, de 21/02/2001 artículo 366

Inciso final agregado/s por: Ley N° 17.556 de 18/09/2002 artículo 137.

Ver en esta norma, artículo 5°.

Ver: Ley N° 16.405 de 17/08/1993 artículo 1° (Ley interpretativa).

TEXTO ORIGINAL: Ley N° 16.343, de 24/12/1992 artículo 3°.

Artículo 4°.- El Fondo Nacional de Recursos tendrá el carácter de persona pública no estatal y será administrado por una Comisión Honoraria Administradora.

Esta Comisión estará integrada por:

A) Tres representantes del Ministerio de Salud Pública, uno de los cuales será el Ministro de Salud Pública o quien lo represente.

B) El Ministro de Economía y Finanzas o quien lo represente.

C) Tres representantes de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva o Asociaciones de Segundo Grado integradas por las mismas.

D) Un representante de los institutos de Medicina Altamente Especializada.

E) Un representante del Banco de Previsión Social.

Los representantes de las entidades no estatales serán designados directamente por las mismas.

La reglamentación deberá contemplar la representatividad derivada del número de afiliados de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.

Los miembros de la Comisión Honoraria Administradora durarán en sus cargos durante un período de dos años, pudiendo ser reelectos. En cualquier momento podrán ser relevados por las instituciones u organismos que representan, en cuyo caso el alterno completará el período respectivo.

La Comisión Honoraria Administradora será presidida por el Ministro de Salud Pública o quien lo represente.

En todos los casos se designará un titular y un alterno.

Este sustituirá al titular en caso de licencia, o de vacancia, en su caso.

Artículo 5°.- La Comisión Honoraria Administradora determinará las afecciones, técnicas y medicamentos que estarán cubiertos por el Fondo Nacional de Recursos. (*)

Para la inclusión de nuevas afecciones e introducción de otras técnicas y medicamentos, se requerirá el asesoramiento de la Comisión Técnica Asesora que se crea por el artículo 10 de la presente ley (*)

La Comisión Honoraria Administradora tendrá la potestad de autorizar los gastos necesarios a los efectos de llevar a cabo los objetos del Fondo.

En casos especialmente justificados podrá convenir la atención de pacientes en medios sanitarios del exterior. La Comisión Honoraria Administradora establecerá las características de esta forma de asistencia para aquellas patologías potencialmente reversibles que no puedan tratarse en el país por carecerse de recursos y que cuenten en el exterior con procedimientos de tratamientos de reconocida solvencia científica.

Para el mejor cumplimiento de sus objetivos procurará promover acuerdos de integración y complementación regionales que posibiliten, cuando se considere necesario, su factible prosecución y desarrollo en el país.

Podrá, asimismo, disponer de recursos para el perfeccionamiento de los técnicos que se determine. (*)

Sólo podrán acceder a la prestación de actos médicos cuya cobertura esté a cargo del Fondo Nacional de Recursos, conforme a los criterios de la presente ley y de su reglamentación, los beneficiarios radicados en el país.

En el caso de existir acuerdos o convenios internacionales en la materia, la Comisión Honoraria Administradora del Fondo Nacional de Recursos podrá, por razones fundadas, autorizar la cobertura financiera de personas que no reúnan las condiciones referidas. (*)

(*) Notas:

Inciso 7°) derogado/s por: Ley N° 17.296 de 21/02/2001 artículo 365

Incisos 1°) y 2°) redacción dada por: Ley N° 17.930, de 19/12/2005 artículo 313.

TEXTO ORIGINAL: Ley N° 16.343 de 24/12/1992 artículo 5°.

Artículo 6°.- Créanse las Comisiones Técnico Médicas que tendrán como cometido expedirse con carácter vinculante respecto a la justificación técnica de las peticiones que formulen los titulares de interés directo, relativas a intervenciones en el exterior. Serán designadas por la Comisión Honoraria Administradora en cada oportunidad y estarán integradas por un delegado de dicha Comisión, que la presidirá, un delegado de los institutos de medicina altamente especializada, un delegado por la Facultad de Medicina, y un delegado del Ministerio de Salud Pública. En caso de empate, el Presidente tendrá doble voto. (*)

Esta Comisión Técnico-Médica deberá emitir su dictamen en el plazo de veinticuatro días hábiles, recabando las opiniones que estime convenientes. En los casos de urgencia, la Comisión Administradora del Fondo podrá fijarle un término menor.

Producido el dictamen que justifique la asistencia en el extranjero, la Comisión Honoraria Administradora resolverá la prestación económica total o parcial a brindarse en cada caso.

Conjuntamente con la gestión de asistencia económica, el interesado deberá presentar una declaración jurada patrimonial del núcleo familiar. (*)

(*) Notas:
Fe de Erratas
Inciso 1°) redacción dada por: Ley N° 17.930, de 19/12/2005 artículo 306.

Artículo 7°.- Los Ministerios de Salud Pública y de Economía y Finanzas, previo informe de la Comisión Honoraria Administradora del Fondo Nacional de Recursos, podrán convenir con los institutos de medicina altamente especializada, el precio de la asistencia prestada. En caso de discordia se estará a lo que determine el Poder Eejcutivo, actuando en acuerdo con los Ministros de Salud Pública y de Economía y Finanzas. (*)

(*) Notas:
Redacción dada por: Ley N° 17.930, de 19/12/2005 artículo 304.

Artículo 8°.- Las instituciones que se relacionen financieramente con el Fondo Nacional de Recursos deberán poseer sistemas de información contable adecuados a las respectivas disposiciones vigentes y suministrar toda la documentación que requiera la Comisión Administradora.

Artículo 9°.- La Comisión Honoraria Administradora deberá elevar al Poder Ejecutivo, para su consideración, un balance anual y la rendición de cuentas, dentro de los primeros ciento veinte días de vencido cada ejercicio, así como los estados de situación y balance de resultados de todos los institutos vinculados al sistema.

Artículo 10.- Créase la Comisión Técnica Asesora sobre Medicina Altamente Especializada, que funcionará en la órbita del Ministerio de Salud Pública.

La Comisión Técnico Asesora estará integrada por un miembro, titular o alterno, representante de la Comisión Honoraria Administradora del Fondo Nacional de Recursos, que la presidirá, un representante del Ministerio de Salud Pública, un representante de la Facultad de Medicina y un cuarto miembro que será designado por la Comisión Honoraria Administradora del Fondo Nacional de Recursos, a propuesta del cuerpo médico nacional. En caso de empate, el Presidente tendrá doble voto. (*)

Será cometido de esta Comisión Técnica asesorar al Ministerio de Salud Pública y a la Comisión Honoraria Administradora del Fondo Nacional de Recursos en los aspectos técnico-asistenciales de su incumbencia. Tal asesoramiento será preceptivo en los siguientes casos:

A) Introducción y desarrollo de nuevas técnicas y tecnología de alto costo y complejidad a cargo del Fondo Nacional de Recursos.

B) Evaluación de la calidad de las acciones de atención médica que se realicen en los Institutos de Medicina Altamente Especializada.

La Comisión Técnica Asesora recabará las opiniones que estime necesarias o convenientes para el cumplimiento de sus cometidos.

Sin perjuicio del carácter preceptivo de su dictamen, éste no tendrá la condición de vinculante, debiendo la Comisión Honoraria Administradora resolver esos temas en forma fundada. (*)

(*) Notas:
Inciso 2°) redacción dada por: Ley N° 17.930 de 19/12/2005 artículo 305.

Artículo 11.- Contra las resoluciones de la Comisión Honoraria Administradora del Fondo Nacional de Recursos procederá recurso de reposición, que deberá interponerse dentro de los veinte días hábiles a partir del siguiente de la notificación del acto al interesado.

Una vez interpuesto el recurso mencionado en el inciso anterior la Comisión Administradora dispondrá de treinta días hábiles para instuir y resolver, y se configurará denegatoria ficta por la sola circunstancia de no dictarse resolución dentro de dicho plazo.

Denegado el recurso de resposición el recurrente podrá interponer, únicamente por razone de legalidad, demanda de anulación del acto impugnado ante el Tribunal de Apelaciones en lo Civil de turno, a la fecha en que dicho acto fue dictado.

La interposición de esta demanda deberá hacerse dentro del término de veinte días hábiles de notificada la denegatoria ficta. La demanda de anulación sólo podrá ser interpuesta por el titular de un derecho subjetivo o de un interés directo, personal y legítimo, violado o lesionado por el acto impugnado.

El procedimiento recursivo ante el Tribunal será dis-

puesto por el Código General del Proceso para el proceso ordinario.

Artículo 12.- El Poder Ejecutivo, a propuesta de la Comisión Honoraria Administradora, reglamentará la presente ley en un plazo de noventa días.

Las disposiciones que hacen referencia a la atención de pacientes en el exterior comenzarán a regir a los ciento ochenta días de aprobada la reglamentación respectiva.

Artículo 13.- Deróganse los Decretos-Leyes N° 14.897, de 23 de mayo de 1979 y 15.617, de 24 de agosto de 1984.

Carp. N° 755/07
Rep. N° 507/07
Anexo I

COMPARATIVO

Proyecto de ley del Poder Ejecutivo	Proyecto Sustitutivo de la Comisión
CAPITULO I	**CAPITULO I**
DISPOSICIONES GENERALES	**DISPOSICIONES GENERALES**
Artículo 1°.- La presente Ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social.	**Artículo 1°.-** La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social.
Artículo 2°.- Para asegurar el acceso de todos los habitantes residentes en el país a servicios integrales de salud, el Ministerio de Salud Pública implementará un Sistema Nacional Integrado de Salud, que articulará prestadores de atención integral a la salud públicos y privados.	**Artículo 2°.- Compete al Ministerio de Salud Pública la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud que articulará a prestadores públicos y privados de atención integral a la salud determinados en el artículo 265 de la Ley N° 17.930, de 19 de diciembre de 2005.** **Dicho sistema asegurará el acceso a servicios integrales de salud a todos los habitantes residentes en el país.**
Artículo 3°.- Son principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud:	**Artículo 3°.-** Son principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud:
a) La cobertura universal, la accesibilidad y sustentabilidad de los servicios de salud.	
b) La promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población.	a) La promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población.
c) La orientación preventiva, integral y de contenido humanista de la atención a la salud.	b) **La intersectorialidad de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población.**
d) El respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud.	c) **La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud.**

e) La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones.

f) La calidad de la atención, según normas técnicas y protocolos de actuación.

g) El trabajo en equipos interdisciplinarios.

h) La centralización normativa y la descentralización en la ejecución.

i) La organización según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales de servicios.

j) La eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales.

k) La sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud.

l) El control social de la gestión de los servicios de salud, con participación de trabajadores y usuarios.

m) La intersectorialidad de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población.

d) La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones.

e) **La orientación preventiva, integral y de contenido humanista de la atención a la salud.**

f) **La calidad integral de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de Bioética y los derechos humanos de los usuarios.**

g) **El respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud.**

h) **La Selección informada de prestadores de salud por parte de los usuarios.**

i) **La participación social de trabajadores y usuarios.**

j) **La solidaridad en el financiamiento general.**

k) La eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales.

l) La sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud.

Artículo 4°.- El Sistema Nacional Integrado de Salud tiene los siguientes objetivos:

a) Alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida, y la participación en todas aquellas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

b) Implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos.

c) Lograr el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse.

d) Establecer un financiamiento equitativo de la atención integral de la salud.

Artículo 4°.- El Sistema Nacional Integrado de Salud tiene los siguientes objetivos:

a) Alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida, y la participación en todas aquellas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

b) Implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos.

c) **Impulsar la descentralización de la ejecución en el marco de la centralización normativa, promoviendo la coordinación entre dependencias nacionales y departamentales.**

d) **Organizar la prestación de servicios según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales de servicios.**

e) Promover la participación activa de trabajadores y usuarios en el control social del Sistema Nacional Integrado de Salud.

f) Promover la investigación científica en salud.

e) Lograr el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse.

f) Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica.

g) Fomentar la participación activa de trabajadores y usuarios.

h) Establecer un financiamiento equitativo de la integración integral de la salud.

Artículo 5°.- A efectos de lo dispuesto en el artículo 2°, compete al Ministerio de Salud Pública:

a) Aprobar las políticas y normas conforme a las cuales se organizará y funcionará el Sistema Nacional Integrado de Salud y ejercer el contralor general de su observancia.

b) Registrar y habilitar a los prestadores de servicios integrales de salud que estén en condiciones de integrarse al Sistema Nacional Integrado de Salud.

c) Controlar la gestión sanitaria, contable y económico financiera de las entidades, en los términos de las disposiciones aplicables.

d) Fiscalizar la articulación entre prestadores en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud.

e) Aprobar los programas de prestaciones integrales de salud que deberán brindar a sus usuarios los prestadores públicos y privados que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, y mantenerlos actualizados de conformidad con los avances científicos y la realidad epidemiológica de la población.

f) Instrumentar y mantener actualizado un sistema nacional de información y vigilancia en salud.

g) Regular y desarrollar políticas de tecnología médica y de medicamentos, y controlar su aplicación.

h) Diseñar una política de promoción de salud que se desarrollará conforme a programas cuyas acciones llevarán a cabo los servicios de salud públicos y privados.

i) Promover, en coordinación con otros organismos competentes, a investigación científica en salud y la adopción de medidas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población.

j) Las demás atribuciones que le otorga esta Ley, la Ley

Artículo 5°.- A efectos de lo dispuesto en el artículo 2°, compete al Ministerio de Salud Pública:

a) Elaborar las políticas y normas conforme a las cuales se organizará y funcionará el Sistema Nacional Integrado de Salud, y ejercer el contralor general de su observancia.

b) Registrar y habilitar a los prestadores de servicios integrales de salud que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud **y a los prestadores parciales con quienes contraten.**

c) Controlar la gestión sanitaria, contable y económico financiera de las entidades, en los términos de las disposiciones aplicables.

d) Fiscalizar la articulación entre prestadores en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud.

e) Aprobar los programas de prestaciones integrales de salud que deberán brindar a sus usuarios los prestadores públicos y privados que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, y mantenerlos actualizados de conformidad con los avances científicos y la realidad epidemiológica de la población.

f) Instrumentar y mantener actualizado un sistema nacional de información y vigilancia en salud.

g) Regular y desarrollar políticas de tecnología médica y de medicamentos, y controlar su aplicación.

h) Diseñar una política de promoción de salud que se desarrollará conforme a programas cuyas acciones llevarán a cabo los servicios de salud públicos y privados.

i) Promover, en coordinación con otros organismos competentes, la investigación científica en salud y la adopción de medidas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población.

j) Las demás atribuciones que le otorga esta ley, la Ley

N° 9.202 “Orgánica de Salud Pública”, de 12 de enero de 1934 y otras disposiciones aplicables.

Artículo 6°.- El Ministerio de Salud Pública creará un registro obligatorio de recursos de tecnología médica de mediano y alto porte de los servicios de salud.

La reglamentación determinará los contenidos de la información que deban proporcionar las instituciones, su periodicidad y las sanciones en caso de incumplimiento. Toda nueva incorporación de tecnología deberá ser aprobada por el Ministerio de Salud Pública teniendo en cuenta la información científica disponible, la necesidad de su utilización y la racionalidad de su ubicación y funcionamiento.

Artículo 7°.- La política nacional de medicamentos tendrá por objetivo promover su uso racional y sustentable. El Ministerio de Salud Pública aprobará un formulario terapéutico único de medicamentos que contemple los niveles de atención médica y establecerá la obligatoriedad de su prescripción por denominación común internacional según sus principios activos; racionalizará y optimizará los procesos de registro de medicamentos y fortalecerá las actividades de inspección y fiscalización de empresas farmacéuticas y la fármaco vigilancia.

Artículo 8°.- El Ministerio de Salud Pública realizará acciones tendientes a armonizar los parámetros de calidad de los bienes, servicios y factores productivos del área de salud y los mecanismos de control sanitario de los Estados Partes del MERCOSUR, a fin de eliminar obstáculos técnicos al comercio, contribuyendo al fortalecimiento del proceso de integración regional.

N° 9.202 “Orgánica de Salud Pública”, de 12 de enero de 1934 y otras disposiciones aplicables.

Artículo 6°.- El Ministerio de Salud Pública creará un registro obligatorio de recursos de tecnología de diagnóstico y terapéutica de alto porte de los servicios de salud.

La reglamentación determinará los contenidos de la información que deban proporcionar las instituciones, su periodicidad y las sanciones en caso de incumplimiento. Toda nueva incorporación de tecnología deberá ser aprobada por el Ministerio de Salud Pública teniendo en cuenta la información científica disponible, la necesidad de su utilización y la racionalidad de su ubicación y funcionamiento.

Artículo 7°.- La política nacional de medicamentos tendrá por objetivo promover su uso racional y sustentable. El Ministerio de Salud Pública aprobará un formulario terapéutico único de medicamentos que contemple los niveles de atención médica y establecerá la obligatoriedad de su prescripción por denominación común internacional según sus principios activos; racionalizará y optimizará los procesos de registro de medicamentos y fortalecerá las actividades de inspección y fiscalización de empresas farmacéuticas y la fármaco vigilancia.

Artículo 8°.- El control de la calidad integral de la atención en salud a cargo del Ministerio de Salud Pública tomará en cuenta el respeto a principios de la bioética y a los derechos humanos de los usuarios.

Dicha modalidad será aplicable a la incorporación y uso de tecnologías y medicamentos.

Artículo 9°.- El Ministerio de Salud Pública, en coordinación con otros organismos competentes promoverá y evaluará que el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos de las entidades que el Sistema Nacional Integrado de Salud responda a los principios rectores del mismo.

Artículo 10.- El Ministerio de Salud Pública promoverá la armonización de los parámetros de calidad de los bienes, servicios y factores productivos del área de salud y los mecanismos de control sanitario de los Estados Parte del MERCOSUR, en el marco del proceso de integración regional.

CAPITULO II

INTEGRACION DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Artículo 9°.- Podrán integrar el Sistema Nacional Integrado de Salud, siempre que sean autorizadas a tal fin por la Junta Nacional de Salud que se crea en el Capítulo III de esta ley:

a) Los servicios de salud a cargo de personas jurídicas públicas.

b) Las entidades a que refiere el artículo 265 de la Ley N° 17.930, de 19 de diciembre de 2005.

Artículo 10.- Todas las entidades públicas y privadas que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán registrarse en el Ministerio de Salud Pública y obtener de éste habilitación para funcionar acreditando el cumplimiento de los requisitos que establezcan las reglamentaciones aplicables.

Artículo 11.- Para integrar el Sistema Nacional Integrado de Salud es preceptivo que las entidades públicas y privadas cuenten con órganos de control social representativos de sus trabajadores y usuarios, que tendrán funciones consultivas, de asesoría, de fiscalización de la gestión y de orientación en las estrategias institucionales. La reglamentación determinará la naturaleza y forma de integración de los mismos, según el tipo de entidades de que se trate.

Artículo 12.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, además de sus órganos de gobierno, deberán contar con un Director Técnico como autoridad responsable ejecutiva en el plano técnico ante la propia entidad, la Junta Nacional de Salud y el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 13.- Para autorizar como integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud a las entidades referidas en el artículo 9°, la Junta Nacional de Salud evaluará, además de los requisitos establecidos en los artículos 10, 11 y 12, su caudal de usuarios, los recursos humanos, la planta física, el equipamiento, los programas de atención a la salud, la tecnología, el funcionamiento organizacional y el estado económico financiero, según criterios que fije la reglamentación.

La integración al Sistema Nacional Integrado de Salud tendrá carácter funcional, no modificando la titularidad de las entidades ni su autonomía administrativa.

Artículo 14.- La Junta Nacional de Salud suscribirá un convenio de gestión con cada uno de los prestadores que

CAPITULO II

INTEGRACION DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Artículo 11.- Podrán integrar el Sistema Nacional integrado de Salud:

a) Los servicios de salud a cargo de personas jurídicas públicas.

b) Las entidades a que refiere el artículo 265 de la Ley N° 17.930, de 19 de diciembre de 2005.

Suprimido

Artículo 12.- Para integrar el Sistema Nacional Integrado de Salud es preceptivo que las entidades públicas y privadas cuenten con órganos asesores y consultivos representativos de sus trabajadores y usuarios. La reglamentación determinará la naturaleza y forma de los mismos, según el tipo de entidades de que se trate.

Artículo 13.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, además de sus órganos de gobierno, deberán contar con un Director Técnico como autoridad responsable ejecutiva en el plano técnico ante la propia entidad, la Junta Nacional de Salud y el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 14.- Para autorizar como integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud a las entidades referidas en el artículo 11, la Junta Nacional de Salud evaluará, además de los requisitos establecidos en los artículos 5° literal b), 12 y 13, su caudal de usuarios, los recursos humanos, la planta física, el equipamiento, los programas de atención a la salud, la tecnología, el funcionamiento organizacional y el estado económico financiero, según criterios que fije la reglamentación.

La integración al Sistema Nacional Integrado de Salud tendrá carácter funcional, no modificando la titularidad de las entidades ni su autonomía administrativa.

Artículo 15.- La Junta Nacional de Salud suscribirá un contrato de gestión con cada uno de los prestadores que se

se integre al Sistema Nacional Integrado de Salud, con el objeto de facilitar el contralor del cumplimiento de las obligaciones que impone a éstos la presente ley. La reglamentación determinará el contenido de dichos convenios. El incumplimiento determinado por acto administrativo firme, habilitará a la Junta Nacional de Salud a suspender total o parcialmente el reembolso de cuotas salud que les pudieren corresponder a los prestadores.

Artículo 15.- En lo técnico, las entidades que se integren al Sistema Nacional Integrado de Salud ajustarán su actuación a las normas que dicte el Ministerio de Salud Pública y quedarán sujetas a su contralor.

Artículo 16.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán recabar, con fundamentos debidamente documentados, autorización del Ministerio de Salud Pública, quien oirá en todos los casos a la Junta Nacional de Salud, para:

a) Crear, clausurar o suspender servicios de atención médica;

b) Construir, reformar o ampliar plantas físicas destinadas a la atención médica;

c) Adquirir, enajenar, ceder y constituir otros derechos reales sobre bienes inmuebles y equipos sanitarios.

Artículo 17.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud no podrán realizar afiliaciones de carácter vitalicio, sin perjuicio de respetar los derechos adquiridos al amparo de normativas anteriores a esta ley. En estos casos, las prestaciones que supongan no darán derecho a la entidad al reembolso de cuotas salud.

Artículo 18.- La demanda de prestaciones incluidas en los programas integrales que apruebe el Ministerio de Salud Pública podrá requerir el pago de tasas moderadoras, que autorizará el Poder Ejecutivo, fijando también sus montos.

Artículo 19.- Los profesionales e instituciones que presten servicios de salud podrán realizar publicidad mediante cualquier modalidad de difusión siempre que limiten las menciones a sus datos identificatorios, títulos que posean y especialidades que desarrollen, los que deberán estar debidamente registrados ante el Ministerio de Salud Pública.

Cuando dichos profesionales o instituciones se propongan ampliar el alcance de su publicidad, deberán recabar previamente autorización al Ministerio de Salud Pública, en los términos de la reglamentación aplicable.

integre al Sistema Nacional Integrado de Salud, con el objeto de facilitar el contralor del cumplimiento de las obligaciones que impone a éstos la presente ley. La reglamentación determinará el contenido de dichos contratos.

Artículo 16.- Las entidades que se integren al Sistema Nacional Integrado de Salud ajustarán su actuación a las normas técnicas que dicte el Ministerio de Salud Pública y quedarán sujetas a su contralor.

Artículo 17.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán recabar, con fundamentos debidamente documentados, autorización del Ministerio de Salud Pública, quien oirá en todos los casos a la Junta Nacional de Salud, para:

a) Crear, clausurar o suspender servicios de atención médica;

b) Construir, reformar o ampliar plantas físicas destinadas a la atención médica;

c) Adquirir, enajenar, ceder y constituir otros derechos reales sobre bienes inmuebles y equipos sanitarios.

Artículo 18.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud no podrán realizar afiliaciones de carácter vitalicio, sin perjuicio de respetar los derechos adquiridos al amparo de normativas anteriores a esta ley. En estos casos, las prestaciones que supongan no darán derecho a la entidad al **cobro** de cuotas salud.

Artículo 19.- Las prestaciones incluidas en los programas integrales que apruebe el Ministerio de Salud Pública podrán requerir el pago de tasas moderadoras, que autorizará el Poder Ejecutivo, fijando también sus montos máximos.

Artículo 20.- Los profesionales e instituciones que presten servicios de salud podrán realizar publicidad mediante cualquier modalidad de difusión siempre que limiten las menciones a sus datos identificatorios, títulos que posean y especialidades que desarrollen, los que deberán estar debidamente registrados ante el Ministerio de Salud Pública.

Cuando dichos profesionales o instituciones se propongan ampliar el alcance de su publicidad, deberán recabar previamente autorización al Ministerio de Salud Pública, en los términos de la reglamentación aplicable.

Las personas o instituciones que infrinjan estas normas se harán pasibles de sanciones entre treinta y quinientas Unidades Reajustables que aplicará el citado Ministerio, sin perjuicio de la inmediata suspensión de la publicidad que le será notificada a los responsables de los medios utilizados para su difusión. Si la orden no fuere efectivizada, a los medios se les aplicarán iguales sanciones económicas.

Artículo 20.- La Junta Nacional de Salud podrá establecer un sistema de recepción de quejas y denuncias de usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud, así como mecanismos de solución de diferendos entre estos y los prestadores, sin perjuicio de los recursos administrativos y judiciales correspondientes.

Artículo 21.- Las entidades de atención a la salud privadas que no se incorporen al Sistema Nacional Integrado de Salud podrán seguir prestando servicios a sus usuarios mediante el régimen de libre contratación, siempre que hayan sido habilitadas a tal efecto por el Ministerio de Salud Pública y se sujeten a su control en lo sanitario y económico financiero, así como a las normas arancelarias que les sean aplicables.

CAPITULO III

JUNTA NACIONAL DE SALUD

Artículo 22.- Créase la Junta Nacional de Salud como servicio descentralizado con los cometidos que se establecen en esta Ley.

Tendrá personería jurídica y patrimonio propio, y fijará su domicilio en la ciudad de Montevideo, sin perjuicio de las dependencias que establezca en otros lugares del país.

Artículo 23.- Son cometidos de la Junta Nacional de Salud:

a) Planificar, organizar, dirigir y controlar el funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud, de conformidad con las políticas y normas que establezca el Ministerio de Salud Pública.

b) Administrar el Seguro Nacional de Salud que crea esta Ley, con arreglo a sus disposiciones y a la reglamentación respectiva.

c) Velar por la observancia de los principios rectores y objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Las personas o instituciones que infrinjan estas normas se harán pasibles de sanciones entre treinta (30) y quinientas (500) Unidades Reajustables (UR) que aplicará el citado Ministerio, sin perjuicio de la inmediata suspensión de la publicidad que le será notificada a los responsables de los medios utilizados para su difusión. Si la orden no fuere efectivizada, a los medios se les aplicarán iguales sanciones económicas.

Pasó al lugar 47/1

Artículo 21.- Las entidades de atención a la salud privadas que no se incorporen al Sistema Nacional Integrado de Salud podrán seguir prestando servicios a sus usuarios mediante el régimen de libre contratación, siempre que hayan sido habilitadas por el Ministerio de Salud Pública y se sujeten a su control en lo sanitario.

CAPITULO III

JUNTA NACIONAL DE SALUD

Artículo 22.- Créase la Junta Nacional de Salud como servicio descentralizado con los cometidos que se establecen en esta ley.

Tendrá personería jurídica y patrimonio propio, y fijará su domicilio en la ciudad de Montevideo, sin perjuicio de las dependencias que establezca en otros lugares del país.

Artículo 23.- Son cometidos de la Junta Nacional de Salud:

a) Administrar el Seguro Nacional de Salud que crea esta ley, con arreglo a sus disposiciones y a la reglamentación respectiva.

b) Velar por la observancia de los principios rectores y objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud, de conformidad con las políticas y normas que establezca el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 24.- La Dirección de la Junta Nacional de Salud estará a cargo de un Directorio integrado por 7 miembros; 4 de ellos serán designados por el Poder Ejecutivo en la forma prevista por el artículo 187 de la Constitución de la República: 2 a propuesta del Ministerio de Salud Pública, uno de los cuales lo presidirá; 1 a propuesta del Ministerio de Economía y Finanzas y otro a propuesta del Banco de Previsión Social. Los restantes miembros, que representarán a los **prestadores de servicios** de salud que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, a sus trabajadores y a sus usuarios, a razón de uno por cada sector, **serán elegidos por el procedimiento que asegure una selección democrática, según lo determine la reglamentación. Para la integración del primer Directorio de la Junta Nacional de Salud, los representantes sociales serán designados por las organizaciones representativas de prestadores, trabajadores y usuarios,** y su mandato tendrá una duración máxima de 2 años.

Artículo 24.- La Dirección de la Junta Nacional de Salud estará a cargo de un Directorio integrado por 7 miembros, 4 de ellos serán designados por el Poder Ejecutivo en la forma prevista por el artículo 187 de la Constitución de la República; 2 a propuesta del Ministerio de Salud Pública, uno de los cuales lo presidirá; 1 a propuesta del Ministerio de Economía y Finanzas y otro a propuesta del Banco de Previsión Social. Los restantes **3** miembros representarán a los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, a sus trabajadores y a sus usuarios, a razón de uno por cada sector y su mandato tendrá una duración máxima de 2 años.

La reglamentación de esta ley determinará la forma de elección de los representantes de los prestadores, trabajadores y usuarios a que refiere el inciso anterior, mediante mecanismos que aseguren una selección democrática.

Artículo 25.- Para la integración del primer Directorio de la Junta Nacional de Salud los representantes sociales serán designados por las organizaciones representativas de prestadores y trabajadores respectivamente.

Asimismo la primer designación de la representación de los usuarios será determinada en la reglamentación de esta ley.

Artículo 26.- La Junta Nacional de Salud contará con Consejos Asesores Honorarios Departamentales o Locales, que se integrarán en la forma que determine la reglamentación de la presente ley, observando que en los mismos estén representados los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, sus trabajadores y sus usuarios.

Estos Consejos tendrán funciones de asesoramiento, proposición y evaluación en sus respectivas jurisdicciones, pero sus informes y propuestas no tendrán carácter vinculante.

Artículo 25.- Compete al Directorio de la Junta Nacional de Salud:

a) Representar al organismo a través de su presidente, pudiendo otorgar los mandatos que en su caso corresponda.

b) Determinar los prestadores que integrarán el Sistema Nacional Integrado de Salud, los que deberán haber sido previamente registrados y habilitados por el Ministerio de Salud Pública.

c) Suscribir con los prestadores que se integren al Sistema Nacional Integrado de Salud los convenios de gestión a que refiere el artículo 14 de esta Ley.

Artículo 27.- Compete al Directorio de la Junta Nacional de Salud:

a) Representar al organismo a través de su Presidente, pudiendo otorgar los mandatos que en su caso corresponda.

b) Suscribir con los prestadores que se integren al Sistema Nacional Integrado de Salud los **contratos** de gestión a que refiere el artículo 15 de esta ley.

c) Regular los mecanismos de financiamiento de la atención integral de salud que corresponda a los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud y fiscalizar la efectiva integración de los aportes al Fondo Nacio-

d) Regular y vigilar la articulación entre los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud y entre éstos y terceros.

e) Regular los mecanismos de financiamiento de la atención integral de salud que corresponda a los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud, y fiscalizar la efectiva integración de los aportes al Fondo Nacional de Salud que se determinan en el Capítulo VII de esta Ley.

f) Disponer el reembolso de cuotas salud a los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, de acuerdo a sus padrones de usuarios y previa verificación del cumplimiento de las obligaciones a su cargo.

g) Aplicar a los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud en caso de incumplimiento de las obligaciones, sanciones entre treinta y quinientas Unidades Reajustables.

h) Ejercer la facultad disciplinaria sobre el personal a cargo del organismo.

i) Proyectar el presupuesto del organismo, de acuerdo al artículo 220 de la Constitución de la República.

j) Dar y tomar en arrendamiento cualquier clase de bienes muebles.

k) Adquirir, gravar, permutar y enajenar bienes inmuebles, con autorización del Poder Ejecutivo.

l) Crear las unidades administrativas que crea necesarias para el mejor cumplimiento de los cometidos del organismo, definiendo sus atribuciones.

m) Elevar a la consideración del Poder Ejecutivo el Balance y el proyecto de Memoria Anual.

n) Las demás que le asigne esta Ley y su reglamentación.

Artículo 26.- Compete al Presidente del Directorio de la Junta Nacional de Salud:

a) Presidir sus sesiones, sin perjuicio de los mandatos sustitutivos que otorgue en previsión de sus ausencias.

b) Ejecutar las resoluciones del Directorio.

nal de Salud que se determinan en el Capítulo VII de esta ley.

d) Disponer el pago de cuotas salud a los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, de acuerdo a sus padrones de usuarios y previa verificación del cumplimiento de las obligaciones a su cargo.

e) Regular las relaciones entre los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud y entre éstos y terceros.

f) Disponer la suspensión temporal o definitiva, total o parcial del pago de cuotas salud en caso de incumplimiento de las obligaciones a cargo de los prestadores, determinado por acto administrativo firme.

g) Ejercer la facultad disciplinaria sobre el personal a cargo del organismo.

h) Proyectar el presupuesto del organismo, de acuerdo al artículo 220 de la Constitución de la República.

i) Dar y tomar en arrendamiento cualquier clase de bienes.

j) Adquirir, gravar, permutar y enajenar bienes inmuebles, con autorización del Poder Ejecutivo.

k) Crear unidades administrativas necesarias para el mejor cumplimiento de los cometidos del organismo, definiendo sus atribuciones.

l) Elevar a la consideración del Poder Ejecutivo el Balance y el proyecto de Memoria Anual.

m) Las demás que le asigne esta ley.

Artículo 28.- Compete al Presidente del Directorio de la Junta Nacional de Salud:

a) Presidir sus sesiones, sin perjuicio de los mandatos sustitutivos que otorgue en previsión de sus ausencias.

b) Ejecutar las resoluciones del Directorio.

c) Adoptar las medidas urgentes que entienda necesarias para el cumplimiento de los cometidos de la Junta Nacional de Salud, dando cuenta de ellas al Directorio en la primera sesión posterior y estando a lo que éste resuelva. Para modificar las decisiones adoptadas en el ejercicio de esta potestad será necesario el voto de por lo menos 5 de los miembros del Directorio.

d) Suscribir, conjuntamente con el miembro del Directorio o con el funcionario que éste designe, todos los actos, contratos y convenios en que intervenga el organismo.

e) Las demás que le sean encargadas por el Directorio.

Artículo 27.- Para sesionar **válidamente**, el Directorio de la Junta Nacional de Salud requerirá la presencia de por lo menos 5 de sus miembros. Las decisiones se tomarán por mayoría simple de votos de integrantes del Cuerpo.

Artículo 28.- Para atender sus costos de funcionamiento la Junta Nacional de Salud dispondrá de los siguientes recursos:

a) Las partidas presupuestales y extrapresupuestales que se le asignen al organismo.

b) Las herencias, legados y donaciones que reciba.

c) Los fondos provenientes de la cooperación internacional que pudiera ser brindada por organismos internacionales entre otros, cualquiera sea su origen.

Artículo 29.- Los recursos humanos de la Junta Nacional de Salud se integrarán con los que le sean transferidos por el Ministerio de Salud Pública y otros organismos del Estado, con absoluto respeto a sus derechos laborales. Los nuevos ingresos de personal que resuelva la Junta Nacional de Salud se sujetarán a las normas que rigen la contratación de funcionarios públicos.

CAPITULO IV

RED DE ATENCION EN SALUD

Artículo 30.- El Sistema Nacional Integrado de Salud se organizará en base a niveles de atención, de acuerdo a la complejidad de las prestaciones. La Junta Nacional de Salud, de acuerdo a las normas que dicte el Ministerio de Salud Pública, establecerá y asegurará mecanismos de refe-

c) Adoptar las medidas urgentes que entienda necesarias para el cumplimiento de los cometidos de la Junta Nacional de Salud, dando cuenta de ellas al Directorio en la primera sesión posterior y estando a lo que ésta resuelva. Para modificar las decisiones adoptadas en el ejercicio de esta potestad será necesario el voto de por lo menos 5 de los miembros del Directorio.

d) Suscribir, conjuntamente con el miembro del Directorio o con el funcionario que éste designe, todos los actos, contratos y convenios en que intervenga el organismo.

e) Las demás que le sean encargadas por el Directorio.

Artículo 29.- Para sesionar, el Directorio de la Junta Nacional de Salud requerirá la presencia de **4** de sus miembros. Las decisiones se tomarán por mayoría simple de votos de integrantes del Cuerpo.

En caso de empate el voto del presidente del Directorio se computará doble.

Artículo 30.- Para atender sus costos de funcionamiento la Junta Nacional de Salud dispondrá de los siguientes recursos:

a) Las partidas presupuestales y extrapresupuestales que se le asignen al organismo.

b) Las herencias, legados y donaciones que reciba.

c) Los fondos provenientes de la cooperación internacional que pudiera ser brindada por organismos internacionales entre otros, cualquiera sea su origen.

d) Las rentas generadas por sus activos.

Artículo 31.- Los recursos humanos de la Junta Nacional de Salud se integrarán con los que le sean transferidos por el Ministerio de Salud Pública y otros organismos del Estado, garantizando el respeto de sus derechos laborales. Los nuevos ingresos de personal que resuelva la Junta Nacional de Salud se sujetarán a las normas que rigen la contratación de funcionarios públicos.

CAPITULO IV

RED DE ATENCION EN SALUD

Artículo 32.- El Sistema Nacional Integrado de Salud se organizará en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones. Tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención.

rencia y contrarreferencia entre los distintos niveles de atención.

Artículo 31.- El Sistema Nacional Integrado de Salud tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención.

Se entiende por atención primaria en salud el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigidas a la persona, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer las necesidades básicas de salud y de mejoramiento de la calidad de vida, que se desarrollan con participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social.

Artículo 32.- El primer nivel de atención está constituido por los recursos humanos, en infraestructura y tecnológicos y los programas y actividades destinados a desarrollar las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud en régimen ambulatorio, de atención domiciliaria, emergencia y urgencia.

Artículo 33.- El segundo nivel de atención está constituido por los recursos humanos, en infraestructura y tecnológicos para la atención médica en régimen de hospitalización, continua o parcial, de diversos niveles de complejidad. Incluye especialidades clínicas, quirúrgicas y odontológicas.

Artículo 34.- El tercer nivel de atención está constituido por los recursos humanos, en infraestructura y tecnológicos destinados al diagnóstico y tratamiento de las afecciones que requieran servicios de alta especialización.

Artículo 35.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud coordinarán en forma regular y permanente sus acciones dentro de las delimitaciones territoriales que establezca la Junta Nacional de Salud, conformando redes de atención en salud.

Artículo 33.- La Junta Nacional de Salud, de acuerdo a las normas que dicte el Ministerio de Salud Pública, establecerá y asegurará los mecanismos de referencia y contra referencia entre los distintos niveles de atención.

Artículo 34.- El primer nivel de atención esta constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigidos a la persona, la familia, comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutividad las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral son practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia.

Se priorizará la coordinación local, departamental o regional entre servicios de salud del primer nivel nacionales, departamentales y comunitarios.

Artículo 35.- El segundo nivel de atención está constituido por el conjunto de actividades para la atención integral de carácter clínico, quirúrgico u obstétrico en régimen de hospitalización de breve o mediana estancia, hospitalización de día o de carácter crónico. Esta orientado a satisfacer necesidades de baja, mediana o alta complejidad con recursos humanos, tecnológicos e infraestructura de diversos niveles de complejidad. En él se asienta la cobertura más frecuente de las atenciones de emergencia.

Artículo 36.- El tercer nivel de atención esta destinado a la atención de patologías que demanden tecnología diagnóstica y de tratamiento de alta especialización. Los recursos humanos, tecnológicos e infraestructura estarán adecuados a esas necesidades.

Artículo 37.- La Junta Nacional de Salud fomentará el establecimiento de redes de atención en salud. Las entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud podrán coordinar acciones dentro de un marco territorial definido, para brindar una adecuada asistencia y racionalizar los recursos.

Artículo 36.- Las redes territoriales de atención en salud articularán su labor con los centros educativos en cada zona así como con las instancias municipales y comunitarias, con las políticas sociales existentes y el conjunto de las políticas dirigidas a mejorar la calidad de vida de la población, desarrollando una perspectiva intersectorial.

Artículo 37.- Las entidades públicas y privadas que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud podrán contratar entre sí y con terceros las prestaciones incluidas en los programas integrales de atención a la salud que apruebe el Ministerio de Salud Pública.

La Junta Nacional de Salud controlará las relaciones entre prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud y entre éstos y quienes no lo integran, en lo que refiere a la habilitación de los mismos, capacidad asistencial, relación entre el volumen de prestaciones a contratar y el número de usuarios del prestador contratante, precios, formas de pago, plazos de los contratos y estabilidad de las condiciones de relacionamiento.

Dicha Junta verificará que las entidades contratantes no mantengan deudas atrasadas con las que pretenden contratar, en cuyo caso deberán cancelarlas o refinanciarlas antes de la firma de un nuevo contrato.

Los contratos entre prestadores deberán ser registrados por la Junta y comenzarán a surtir efectos a partir de que sean homologados por ella.

En situaciones de caso fortuito o fuerza mayor, los prestadores podrán contratar notificando de inmediato a la Junta Nacional de Salud. Esta concederá un plazo prudencial para la eventual regularización de los contratos. En caso de incumplimiento, la Junta Nacional de Salud aplicará sanciones entre treinta y quinientas Unidades Reajustables.

Artículo 38.- Los precios de referencia para las contrataciones a que refiere el artículo anterior podrán ser determinados por el Poder Ejecutivo.

Artículo 39.- Es absolutamente incompatible el ejercicio de la dirección y el gerenciamiento de las entidades inte-

Articulo 38.- Las redes territoriales de atención en salud podrán articular su labor con los centros educativos en cada zona así como con las políticas sociales existentes y el conjunto de las políticas dirigidas a mejorar la calidad de vida de la población, desarrollando una perspectiva intersectorial.

Artículo 39.- Las entidades públicas y privadas que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud podrán contratar entre sí y con terceros las prestaciones incluidas en los programas integrales de atención a la salud que apruebe el Ministerio de Salud Pública.

Dichos contratos deberán ser sometidos a la autorización de la Junta Nacional de Salud, la que controlará todo lo referente a la habilitación de los prestadores y su infraestructura, capacidad asistencial, relación entre el volumen de prestaciones a contratar y el número de usuarios del prestador contratante, plazos de los contratos y la estabilidad de las condiciones de relacionamiento.

La Junta Nacional de Salud verificará que las entidades contratantes no mantengan deudas vencidas con quienes pretenden contratar, en cuyo caso deberán cancelarlas o refinanciarlas antes de la firma de un nuevo contrato.

Si la Junta Nacional de Salud no formula observaciones ni deniega la autorización dentro de los 30 días de presentada la solicitud, el respectivo contrato se considerará autorizado.

En situaciones de caso fortuito, fuerza mayor y otras razones de urgencia, los prestadores podrán contratar notificando de inmediato a la Junta Nacional de Salud. Esta concederá un plazo prudencial para la presentación de la documentación contractual y acreditante de las circunstancias excepcionales que motivaron la contratación. En caso de incumplimiento, se aplicará el régimen sancionatorio previsto en el artículo 27 literal g.

Artículo 40.- Las farmacias registradas y habilitadas por el Ministerio de Salud Pública podrán dispensar medicamentos a los usuarios de los prestadores de salud que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, en los términos de los contratos que celebren con los mismos.

A dichos contratos les será aplicable, en lo que corresponda, lo dispuesto en el artículo 39 de esta ley.

Artículo 41.- Los precios de referencia para las contrataciones podrán ser determinados por el Poder Ejecutivo.

Artículo 42.- Es incompatible el ejercicio de la dirección y el gerenciamiento de las entidades integrantes del Sistema

grantes del Sistema Nacional Integrado de Salud que demanden servicios a terceros con la provisión de los mismos, salvo cuando se formalicen alianzas estratégicas entre prestadores o cuando uno de ellos asuma el gerenciamiento del otro. En ambos casos se requerirá autorización de la Junta Nacional de Salud.

La incompatibilidad incluye a las personas que ejerzan la función, sus socios, cónyuges o concubinos, ascendientes y descendientes.

Los contratos que se formalicen violando esta disposición serán nulos.

CAPITULO V

COBERTURA DE ATENCION MEDICA

Artículo 40.- Las entidades públicas y privadas que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán suministrar a su población usuaria los programas integrales de prestaciones que apruebe el Ministerio de Salud Pública, con recursos propios o contratados con otros prestadores integrales o parciales públicos o privados.

Los programas integrales de prestaciones incluirán:

a) Actividades de promoción y protección de salud dirigidas a las personas.

b) Diagnóstico precoz y tratamiento adecuado y oportuno de los problemas de salud-enfermedad detectados.

c) Acciones de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, según corresponda.

d) Acceso a medicamentos y recursos tecnológicos suficientes.

La reglamentación definirá taxativamente las prestaciones incluidas, que serán descriptas en términos de sus componentes y contarán con indicadores de calidad de los procesos y resultados, conforme a los cuales la Junta Nacional de Salud auditará la atención brindada a los efectos de autorizar el reembolso de cuotas salud a los prestadores.

Nacional Integrado de Salud que demanden servicios a terceros con la provisión de los mismos, salvo cuando se formalicen alianzas estratégicas entre prestadores o cuando uno de ellos asuma el gerenciamiento del otro. En ambos casos se requerirá autorización de la Junta Nacional de Salud.

La incompatibilidad incluye a las personas que ejerzan la función, sus socios, cónyuges o concubinos, ascendientes y descendientes **hasta el segundo grado de consanguinidad.**

Los contratos que se formalicen violando esta disposición serán nulos **a partir del momento en que se verifique dicha incompatibilidad.**

CAPITULO V

COBERTURA DE ATENCION MEDICA

Artículo 43.- Las entidades públicas y privadas que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán suministrar a su población usuaria los programas integrales de prestaciones que apruebe el Ministerio de Salud Pública, con recursos propios o contratados con otros prestadores integrales o parciales públicos o privados.

Los programas integrales de prestaciones incluirán:

a) Actividades de promoción y protección de salud dirigidas a las personas.

b) Diagnóstico precoz y tratamiento adecuado y oportuno de los problemas de salud-enfermedad detectados.

c) Acciones de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, según corresponda.

d) Acceso a medicamentos y recursos tecnológicos suficientes.

La reglamentación definirá taxativamente las prestaciones incluidas, que serán descriptas en términos de sus componentes y contarán con indicadores de calidad de los procesos y resultados, conforme a las cuales la Junta Nacional de Salud auditará la atención brindada a los efectos de autorizar el pago de cuotas salud a los prestadores.

Artículo 44.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán ofrecer a su población usuaria al menos tres opciones diferentes de suministro de las prestaciones de emergencia médica incluidas en los programas integrales que apruebe el Ministerio de Salud Pública, excepto cuando en el territorio de que se trate no exista el número suficiente de prestadores habilitados para brindarlas. La reglamentación definirá las modalidades de aplicación de esta disposición.

Artículo 41.- Las prestaciones no incluidas en los programas integrales de observancia obligatoria, que ofrezcan a sus usuarios las instituciones que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud serán convenidas entre prestadores y usuarios, en régimen de libre contratación. Cuando se trate de prestaciones sanitarias, el Ministerio de Salud Pública las controlará en sus aspectos técnicos.

Artículo 42.- Las prestaciones económicas correspondientes a enfermedad, maternidad, accidentes de trabajo y otras contingencias relacionadas con la salud, continuarán siendo brindadas por los organismos competentes de seguridad social, de conformidad con las disposiciones en vigor. Las instituciones que integren el SNIS realizarán, para sus respectivos usuarios, las pericias técnicas que correspondan.

CAPITULO VI

USUARIOS DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Artículo 43.- Son usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud todas las personas que residan en el territorio nacional. Tal condición se adquiere a partir del registro en una de las instituciones prestadoras de servicios de salud que lo integran. La reglamentación establecerá los términos y condiciones de dicho registro.

Los prestadores no podrán rechazar ni limitar prestaciones a ningún usuario del Sistema.

La omisión de los requisitos que fija esta Ley y demás disposiciones aplicables no acarreará en caso alguno la suspensión de los derechos de usuario, sin perjuicio de las acciones de resarcimiento que pudieran corresponder con arreglo a las disposiciones aplicables.

Artículo 44.- La elección de prestador es libre. Una vez formalizado el registro ante una de las instituciones integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud, podrá modificarse en los términos que fije la reglamentación.

No se admitirá la doble cobertura de atención médica integral a cargo del Sistema, debiendo los usuarios optar por una de las que eventualmente les correspondieran.

Artículo 45.- Los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud tienen los siguientes derechos respecto de los prestadores integrados al mismo:

a) A recibir información completa y actualizada sobre los servicios a que pueden acceder y sobre los requisitos para hacer uso de los mismos.

b) A recibir, en igualdad de condiciones, las prestacio-

Artículo 45.- Las prestaciones no incluidas en los programas integrales de observancia obligatoria, que ofrezcan a sus usuarios las instituciones que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud serán convenidas entre prestadores y usuarios, en régimen de libre contratación. Cuando se trate de prestaciones sanitarias, el Ministerio de Salud Pública las controlará en sus aspectos técnicos.

Artículo 46.- Las prestaciones económicas correspondientes a enfermedad, maternidad, accidentes de trabajo y otras contingencias relacionadas con la salud, continuarán siendo brindadas por los **organismos públicos** y las entidades privadas competentes, de conformidad con las disposiciones en vigor. **Los prestadores** que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud realizarán, para sus respectivos usuarios, las pericias técnicas que correspondan.

CAPITULO VI

USUARIOS DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Artículo 47.- Son usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud todas las personas que residan en el territorio nacional. Tal condición se adquiere a partir del registro espontáneo o a solicitud de la Junta Nacional de Salud, en una de las instituciones prestadoras de servicios de salud que lo integren. La reglamentación establecerá los términos y condiciones de dicho registro.

Los prestadores no podrán rechazar a ningún usuario ni limitarle las prestaciones incluidas en los programas integrales de salud aprobados por el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 48.- La elección de prestador es libre. Una vez formalizado el registro ante una de las instituciones integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud, podrá modificarse en los términos que fije la reglamentación.

No se admitirá la doble cobertura de atención médica integral a cargo del Sistema, debiendo los usuarios optar por una de las que eventualmente les correspondieran.

Artículo 49.- Los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud tienen los siguientes derechos respecto de los prestadores integrados al mismo:

a) A recibir información completa y actualizada sobre los servicios a que pueden acceder y sobre los requisitos para hacer uso de los mismos.

b) A recibir, en igualdad de condiciones, las prestacio-

nes incluidas en los programas integrales a que refiere el artículo 40.

c) Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad.

d) A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en las instituciones de salud, sin perjuicio de las facultades de la Junta Nacional de Salud, del Ministerio de Salud Pública y del Fondo Nacional de Recursos cuando se trate de actos médicos financiados por el mismo.

e) A conocer los resultados asistenciales y económico-financieros de la Institución.

f) A recibir información sobre las políticas de salud y los programas de atención integral que se implementen en el Sistema Nacional de Salud.

g) Los demás que establezca la reglamentación y otras disposiciones aplicables.

Artículo 46.- Son obligaciones de los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud:

a) Responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones a que tienen derecho.

b) Dar cumplimiento a las formalidades que se requieran para acceder a los servicios de salud.

c) Respetar los estatutos de las Instituciones prestadoras de servicios.

d) Cumplir con las disposiciones de naturaleza sanitaria de observancia gerencial y con las específicas que determinen las entidades prestadoras cuando estén utilizando sus servicios.

e) Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las mismas.

f) Las demás que establezca la reglamentación y otras disposiciones aplicables.

El incumplimiento de las obligaciones antes referidas acarreará las consecuencias previstas en los estatutos de las entidades prestadoras.

Artículo 47.- Los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud tendrán el derecho y el deber de participar en los órganos a que refiere el artículo 11 de esta Ley, en los términos que determine su reglamentación.

nes incluidas en los programas integrales a que refiere el artículo 43.

c) Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad.

d) A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en las instituciones de salud, sin perjuicio de las facultades de la Junta Nacional de Salud, del Ministerio de Salud Pública y del Fondo Nacional de Recursos cuando se trate de actos médicos financiados por el mismo.

e) A conocer los resultados asistenciales y económico-financieros de la Institución.

f) A recibir información sobre las políticas de salud y los programas de atención integral que se implementan en el Sistema Nacional **Integrado** de Salud.

g) Los demás que establezca la reglamentación y otras disposiciones aplicables.

Artículo 50.- Son obligaciones de lo usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud:

a) Responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones a que tienen derecho.

b) Dar cumplimiento a las formalidades que se requieran para acceder a los servicios de salud.

c) Respetar los estatutos de las instituciones prestadoras de servicios.

d) Cumplir con las disposiciones de naturaleza sanitaria de observancia general y con las específicas que determinen las entidades prestadoras cuando estén utilizando sus servicios.

e) Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las mismas.

f) Las demás que establezca la reglamentación y otras disposiciones aplicables.

El incumplimiento de las obligaciones antes referidas acarreará las consecuencias previstas en los estatutos de las entidades prestadoras.

Artículo 51.- Los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud tendrán el derecho a participar en los órganos a que refiere el artículo 12 de la presente ley, en los términos que determine su reglamentación.

Artículo 52.- La Junta Nacional de Salud éstos podrá establecer un sistema de recepción de quejas y denuncias de usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud, así como mecanismos de solución de diferendos entre éstos y los prestadores, sin perjuicio de los recursos administrativos y judiciales correspondientes.

CAPITULO VII

FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Artículo 48.- Las prestaciones que conforme a esa Ley y su reglamentación deban brindar obligatoriamente a sus usuarios los prestadores públicos y privados que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, darán derecho al reembolso de cuotas salud según el número de personas inscriptas en sus padrones.

La cuota salud, cuyo valor será igual para prestadores públicos y privados, será fijada por el Poder Ejecutivo, con intervención del Ministerio de Economía y Finanzas y del Ministerio de Salud Pública, oyendo a la Junta Nacional de Salud. Dicha cuota tendrá en cuenta costos diferenciales según grupos poblacionales determinados y cumplimiento de metas asistenciales.

Se actualizará con la periodicidad que determinen las autoridades competentes, tomando en consideración costos asociados a sus componentes e incorporación de nuevos programas integrales de atención en salud.

Artículo 49.- Créase el Sistema Nacional Integrado de Salud, que contará con un fondo único y obligatorio denominado Fondo Nacional de Salud e integrado con aportes públicos y privados, con cargo al cual se reembolsarán las cuotas salud que correspondan a los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.

El Fondo Nacional de Salud se constituirá en el Banco de Previsión Social, que recepcionará los aportes a que refieren los artículos siguientes y efectivizará los reembolsos de cuotas salud de conformidad con las órdenes de pago que emita la Junta Nacional de Salud.

Artículo 50.- Serán recursos del Fondo Nacional de Salud:

a) Aportes del Estado provenientes de asignaciones presupuestales y extrapresupuestales.

b) Aportes obligatorios a la seguridad social de trabajadores y empresas del sector privado.

c) Aportes obligatorios de los trabajadores del sector público que se incorporen al régimen de la seguridad social.

CAPITULO VII

FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Artículo 53.- Las prestaciones que conforme a esta ley y su reglamentación deben brindar obligatoriamente a sus usuarios los prestadores públicos y privados que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, dará derecho **a éstos al cobro** de cuotas salud según el número de personas inscriptas en sus padrones.

La cuota salud, cuyo valor será igual para prestadores públicos y privados, será fijada por el Poder Ejecutivo, con intervención del Ministerio de Economía y Finanzas y del Ministerio de Salud Pública, oyendo a la Junta Nacional de Salud. Dicha cuota tendrá en cuenta costos diferenciales según grupos poblacionales determinados y cumplimiento de metas asistenciales.

Se actualizará con la periodicidad que determinen las autoridades competentes, tomando en consideración costos asociados a sus componentes e incorporación de nuevos programas integrales de atención en salud.

Artículo 54.- Créase el Seguro Nacional de Salud, que contará con un fondo único y obligatorio denominado Fondo Nacional de Salud e integrado con aportes públicos y privados, con cargo al cual **se pagará** las cuotas salud que correspondan a los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.

El Fondo Nacional de Salud se constituirá en el Banco de Previsión Social, que recepcionará los aportes a que refieren los artículos siguientes y efectivizará **los pagos** de cuotas salud de conformidad con las órdenes de pago que emita la Junta Nacional de Salud.

Artículo 55.- Serán recursos del Fondo Nacional de Salud:

a) Aportes del Estado provenientes de asignaciones presupuestales y extrapresupuestales.

b) Aportes obligatorios de trabajadores y empresas del sector privado.

c) Aportes obligatorios de los trabajadores del sector público que se incorporen al régimen de esta ley.

d) Aportes del Estado sobre la masa salarial que abone a los trabajadores públicos a que refiere el inciso anterior.

e) Aporte obligatorio de los pasivos a la seguridad social.

f) Aporte obligatorio de las personas físicas no incorporadas al régimen de la seguridad social.

g) Otros que pudieran corresponderle por aplicación de disposiciones legales aplicables.

Artículo 51.- El Estado y las empresas privadas aportarán al Fondo Nacional de Salud un 5% del total de las retribuciones sujetas a montepío que paguen a sus trabajadores y los complementos de cuota salud que correspondan por aplicación del artículo 338 de la Ley N° 16.320, de 1° de noviembre de 1992. Los organismos públicos que posean un régimen propio de cobertura médica, se integrarán al sistema una vez incorporados al Fondo Nacional de Salud. Los créditos habilitados para tales regímenes financiarán el aporte referido. Los trabajadores aportarán un 6% de sus retribuciones, dentro de los que se computarán los aportes ya previstos al Fondo Nacional de Salud, siempre que sus ingresos superen 2,5 bases de prestaciones contributivas mensuales. Dicho aporte y los derechos incluidos en el artículo 53 para los aportantes ya integrados al Fondo regirán a partir del 1° de enero de 2008.

Artículo 52.- El Poder Ejecutivo remitirá al Poder Legislativo en un plazo no mayor a 180 días desde la promulgación de la presente ley, una propuesta de incorporación gradual a las prestaciones y al financiamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud de los pasivos y las personas físicas no incorporadas al régimen de la seguridad social.

Artículo 53.- Los aportes a que hace referencia el Artículo 51 de la presente Ley dará derecho a los hijos menores de 18 años a cargo de los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud, a recibir atención integral en salud, sin costo adicional alguno exceptuando, en su caso, las tasas moderadoras que estén autorizadas a percibir las entidades que integren el Sistema.

Dichos hijos se incorporarán a los padrones de las entidades que elijan sus padre o madre. En caso de fallecimiento de los progenitores o de disolución de la pareja parental por separación o divorcio, realizará la elección de la entidad quien detente su guarda o tenencia. Para los menores de 18 años sujetos a tutela y para las personas sujetas a curatela, los tutores o curadores elegirán la enti-

d) Aportes del Estado sobre la masa salarial que abone a los trabajadores públicos a que refiere el inciso anterior.

e) Aportes obligatorios de pasivos.

f) Aportes obligatorios de personas físicas que no queden incluidas en los incisos anteriores.

g) Otros que pudieran corresponderle por aplicación de disposiciones legales o reglamentarias.

h) Las rentas generadas por sus activos.

Artículo 56.- El Estado y las empresas privadas aportarán al Fondo Nacional de Salud un 5% (cinco por ciento) del total de las retribuciones sujetas a montepío que paguen a sus trabajadores y los complementos de cuota salud que correspondan por aplicación del artículo 338 de la Ley N° 16.320, de 1° de noviembre de 1992. Los organismos públicos que posean un régimen propio de cobertura médica, se integrarán al sistema una vez incorporados al Fondo Nacional de Salud. Los créditos habilitados para tales regímenes financiarán el aporte referido. Los trabajadores aportarán un 6% (seis por ciento) de sus retribuciones, dentro de los que se computarán los aportes ya previstos al Fondo Nacional de Salud, siempre que sus ingresos superen 2,5 (dos con cinco) bases de prestaciones contributivas mensuales. Dicho aporte y los derechos incluidos en el artículo 58 para los aportantes ya integrados al Fondo regirán a partir del 1° de enero de 2008.

Artículo 57.- El Poder Ejecutivo podrá remitir al Poder Legislativo en un plazo no mayor a 180 (ciento ochenta) días desde la promulgación de la presente ley, una propuesta gradual de incorporación al Sistema Nacional Integrado de Salud de aquellos colectivos no considerados en la presente ley tomando en cuenta las situaciones de mayor emergencia en materia de cobertura de servicios de salud.

Artículo 58.- Los aportes a que hace referencia el artículo 56 de la presente ley darán derecho a los hijos menores de 18 años y a los mayores de esa edad con discapacidades a cargo de los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud, a recibir atención integral en salud, sin costo adicional alguno exceptuando, en su caso, las tasas moderadoras que estén autorizadas a percibir las entidades que integren el Sistema.

Los padres de dichos hijos elegirán para ellos el prestador público o privado que estimen conveniente, en acuerdo con el artículo 48 de la presente ley e independientemente del que ellos estén incorporados. En caso de fallecimiento de los progenitores o de disolución de la pareja parental por separación o divorcio, realizará la elección de la entidad quien detente su guarda o tenencia. Para los que están

dad atendiendo a las necesidades particulares de los mismos.

Artículo 54.- Los aportes a que hace referencia el Artículo 51 de la presente Ley dará derecho a los cónyuges a cargo de los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud, a recibir atención integral en salud, sin costo adicional alguno exceptuando, en su caso, las tasas moderadoras que estén autorizadas a percibir las entidades que integren el Sistema. Facúltase al Poder Ejecutivo a definir la fecha de entrada en vigencia de los derechos incluidos en el presente artículo.

Artículo 55.- Estarán exceptuados de realizar los aportes determinados en el artículo 51 las personas a que refiere el artículo 17 de esta Ley. Si tuvieren hijos menores de 18 años y/o cónyuge a cargo, aportarán el 3% de las prestaciones económicas sujetas a montepío que perciban. Facúltese al Poder Ejecutivo a definir la entrada en vigencia del aporte definido en este artículo así como de los derechos incluidos en los artículos 53 y 54.

Artículo 56.- La reglamentación de esta Ley determinará las condiciones conforme a las cuales los hijos mayores de 18 años, los concubinos y las personas mayores de 65 años a cargo de usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud, obtendrán cobertura integral de salud a través de los prestadores que lo integren.

Artículo 57.- Las personas que de acuerdo a esta Ley sean usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud pero no aporten al Fondo Nacional de Salud por carecer de ingresos menores a 2,5 bases de prestación contributivas, recibirán igualmente atención integral de la salud a través de las instituciones públicas o privadas que integren el Sistema. Previa comprobación de la situación patrimonial en los términos que establezca la reglamentación, la Junta Nacional de Salud les asignará un prestador al que reembolsará las cuotas salud que correspondan. Los hijos menores de 18 años a cargo del beneficiario gozarán del mismo derecho que el titular no aportante.

Artículo 58.- El Fondo Nacional de Recursos mantendrá su autonomía administrativa en los términos de la Ley N° 16.343, de 24 de diciembre de 1992 y demás disposiciones aplicables. Los aportes a que refieren los incisos a, b y c del Artículo 3° de la Ley N° 16.343, serán sustituidos por una cuota única por cada beneficiario del Sistema Nacional Integrado de Salud que la Junta Nacional de Salud le reembolsará.

sujetos a tutela o curatela, los tutores o curadores elegirán la entidad atendiendo a las necesidades particulares de los mismos.

Artículo 59.- Los aportes a que hace referencia el artículo 56 de la presente ley dará derecho a los cónyuges a cargo de los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud, a recibir atención integral en salud, sin costo adicional alguno exceptuando, en su caso, las tasas moderadores que estén autorizadas a percibir las entidades que integren el Sistema. Facúltase al Poder Ejecutivo a definir la fecha de entrada en vigencia de los derechos incluidos en el presente artículo.

Artículo 60.- Estarán exceptuados de realizar los aportes determinados en el artículo 56 las personas a que refiere el artículo 18 de la presente ley. Si tuvieren hijos menores de 18 años, hijos mayores de esa edad con discapacidades y/o cónyuge a cargo, aportarán el 3% (tres por ciento) de las **retribuciones** sujetas a montepío que perciban. Facúltese al Poder Ejecutivo a definir la entrada en vigencia del aporte definido en este artículo así como de los derechos incluidos en los artículos 58 y 59 de la presente ley.

Artículo 61.- La reglamentación determinará las condiciones conforme a las cuales **los hijos mayores de 18 años no incluidos en el artículo 58 de la presente ley,** los concubinos y las personas mayores de 65 años, a cargo de usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud, obtendrán cobertura integral de salud a través de los prestadores que lo integren.

Suprimido

Artículo 62.- El Fondo Nacional de Recursos mantendrá su autonomía administrativa en los términos de la Ley N° 16.343, de 24 de diciembre de 1992 y demás disposiciones aplicables. Los aportes a que refieren los literales a, b y c del artículo 3° de la Ley N° 16.343, serán sustituidos por una cuota única por cada beneficiario del Sistema Nacional Integrado de Salud que la Junta Nacional de Salud le reembolsará.

CAPITULO VIII

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo 59.- Hasta la efectiva aplicación de lo dispuesto en el Artículo 53 de la presente Ley, los beneficiarios del Sistema Nacional Integrado de Salud no incluidos en el régimen de seguridad social seguirán abonando directamente a sus respectivos prestadores por los servicios de salud que reciban.

CAPITULO VIII

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo 63.- Hasta la efectiva aplicación de lo dispuesto en el **artículo 57** de la presente ley, los beneficiarios del Sistema Nacional Integrado de Salud no incluidos en el régimen de seguridad social seguirán abonando directamente a sus respectivos prestadores por los servicios de salud que reciban.

SEÑOR PRESIDENTE.- Léase el proyecto.

(Se lee)

-En discusión general.

Tiene la palabra la señora Senadora Xavier en su carácter de Miembro Informante.

SEÑORA XAVIER.- Señor Presidente: previamente vamos a solicitar que se distribuya el proyecto modificativo y comparativo que elaboró la Comisión a fin de que todos los integrantes del Senado dispongan de él en sus bancas y, además, un proyecto complementario, que es iniciativa privativa del Poder Ejecutivo, con relación a gastos del proyecto a consideración del Cuerpo.

SEÑOR PRESIDENTE.- Se va a votar la moción presentada por la señora Senadora Xavier.

(Se vota:)

- 21 en 23. **Afirmativa.**

Repártanse.

(Texto del modificativo y comparativo:)

"Carp. N° 755/07

COMPARATIVO

Proyecto de ley de la Comisión	Modificaciones propuestas
CAPITULO I	
DISPOSICIONES GENERALES	
Artículo 1°.- La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social.	**S/M**
Artículo 2°.- Compete al Ministerio de Salud Pública la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud que articulará a prestadores públicos y privados de atención integral a la salud determinados en el artículo 265 de la Ley N° 17.930, de 19 de diciembre de 2005.	**S/M**

Dicho sistema asegurará el acceso a servicios integrales de salud a todos los habitantes residentes en el país.

Artículo 3°.- Son principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud:

a) La promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población.

b) La intersectorialidad de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población.

c) La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud.

d) La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones.

e) La orientación preventiva, integral y de contenido humanista de la atención a la salud.

f) La calidad integral de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la Bioética y los derechos humanos de los usuarios.

g) El respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud.

h) La selección informada de prestadores de salud por parte de los usuarios.

i) La participación social de trabajadores y usuarios.

j) La solidaridad en el financiamiento general.

k) La eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales.

l) La sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud.

C/M

Artículo 3°.- Son principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud:

a) La promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población.

b) La intersectorialidad de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población.

c) La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud.

d) La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones.

e) La orientación preventiva, integral y de contenido humanista.

f) La calidad integral de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la Bióetica y los derechos humanos de los usuarios.

g) El respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud.

h) La elección informada de prestadores de **servicios de** salud por parte de los usuarios.

i) La participación social de trabajadores y usuarios.

j) La solidaridad en el financiamiento general.

k) La eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales.

l) La sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud.

Artículo 4°.- El Sistema Nacional Integrado de Salud tiene los siguientes objetivos:

a) Alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida, y la participación en todas aquellas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

C/M

Artículo 4°.- El Sistema Nacional Integrado de Salud tiene los siguientes objetivos:

a) Alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida, y la participación en todas aquellas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

b) Implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos.

c) Impulsar la descentralización de la ejecución en el marco de la centralización normativa, promoviendo la coordinación entre dependencias nacionales y departamentales.

d) Organizar la prestación de servicios según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales de servicios.

e) Lograr el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse.

f) Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica.

g) Fomentar la participación activa de trabajadores y usuarios.

h) Establecer un financiamiento equitativo de la atención integral de la salud.

Artículo 5°.- A efectos de lo dispuesto en el artículo 2°, compete al Ministerio de Salud Pública:

a) Elaborar las políticas y normas conforme a las cuales se organizará y funcionará el Sistema Nacional Integrado de Salud, y ejercer el contralor general de su observancia.

b) Registrar y habilitar a los prestadores de servicios integrales de salud que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud y a los prestadores parciales con quienes contraten.

c) Controlar la gestión sanitaria, contable y económico financiera de las entidades, en los términos de las disposiciones aplicables.

d) Fiscalizar la articulación entre prestadores en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud.

e) Aprobar los programas de prestaciones integrales de salud que deberán brindar a sus usuarios los prestadores públicos y privados

C/M

b) Implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos.

c) Impulsar la descentralización de la ejecución en el marco de la centralización normativa, promoviendo la coordinación entre dependencias nacionales y departamentales.

d) Organizar la prestación de **los** servicios según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales.

e) Lograr el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse.

f) Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica.

g) Fomentar la participación activa de trabajadores y usuarios.

h) Establecer un financiamiento equitativo **para** la atención integral de la salud.

Artículo 5°.- A efectos de lo dispuesto en el artículo 2° **de la presente ley,** compete al Ministerio de Salud Pública:

a) Elaborar las políticas y normas conformes a las cuales se organizará y funcionará el Sistema Nacional Integrado de Salud, y ejercer el contralor general de su observancia.

b) Registrar y habilitar a los prestadores de servicios integrales de salud que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud y a los prestadores parciales con quienes contraten.

c) Controlar la gestión sanitaria, contable y económico financiera de las entidades, en los términos de las disposiciones aplicables.

d) Fiscalizar la articulación entre prestadores en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud.

e) Aprobar los programas de prestaciones integrales de salud que deberán brindar a sus usuarios los prestadores públicos y privados

que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, y mantenerlos actualizados de conformidad con los avances científicos y la realidad epidemiológica de la población.

f) Instrumentar y mantener actualizado un sistema nacional de información y vigilancia en salud.

g) Regular y desarrollar políticas de tecnología médica y de medicamentos, y controlar su aplicación.

h) Diseñar una política de promoción de salud que se desarrollará conforme a programas cuyas acciones llevarán a cabo los servicios de salud públicos y privados.

i) Promover, en coordinación con otros organismos competentes, la investigación científica en salud y la adopción de medidas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población.

j) Las demás atribuciones que le otorga esta ley, la Ley N° 9.202 "Orgánica de Salud Pública", de 12 de enero de 1934 y otras disposiciones aplicables.

que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, y mantenerlos actualizados de conformidad con los avances científicos y la realidad epidemiológica de la población.

f) Instrumentar y mantener actualizado un sistema nacional de información y vigilancia en salud.

g) Regular y desarrollar políticas de tecnología médica y de medicamentos, y controlar su aplicación.

h) Diseñar una política de promoción de salud que se desarrollará conforme a programas cuyas acciones llevarán a cabo los servicios de salud públicos y privados.

i) Promover, en coordinación con otros organismos competentes, la investigación científica en salud y la adopción de medidas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población.

j) Las demás atribuciones que le otorga **la presente ley;** la ley N° 9.202 "Orgánica de Salud Pública", de 12 de enero de 1934 y otras disposiciones aplicables.

Artículo 6°.- El Ministerio de Salud Pública creará un registro obligatorio de recursos de tecnología de diagnóstico y terapéutica de alto porte de los servicios de salud.

La reglamentación determinará los contenidos de la información que deban proporcionar las instituciones, su periodicidad y las sanciones en caso de incumplimiento. Toda nueva incorporación de tecnología deberá ser aprobada por el Ministerio de Salud Pública teniendo en cuenta la información científica disponible, la necesidad de su utilización y la racionalidad de su ubicación y funcionamiento.

S/M

Artículo 7°.- La política nacional de medicamentos tendrá por objetivo promover su uso racional y sustentable. El Ministerio de Salud Pública aprobará un formulario terapéutico único de medicamentos que contemple los niveles de atención médica y establecerá la obligatoriedad de su prescripción por denominación común internacional según sus principios activos; racionalizará y optimizará los procesos de registro de medicamentos y fortalecerá las actividades de inspección y fiscalización de empresas farmacéuticas y la fármaco vigilancia.

S/M

Artículo 8°.- El control de la calidad integral de la atención en salud a cargo del Ministerio de Salud

S/M

Pública tomará en cuenta el respeto a principios de la bioética y a los derechos humanos de los usuarios.

Dicha modalidad será aplicable a la incorporación y uso de tecnologías y medicamentos.

Artículo 9°.- El Ministerio de Salud Pública, en coordinación con otros organismos competentes promoverá y evaluará que el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos de las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud responda a los principios rectores del mismo.

S/M

Artículo 10.- El Ministerio de Salud Pública promoverá la armonización de los parámetros de calidad de los bienes, servicios y factores productivos del área de salud y los mecanismos de control sanitario de los Estados Parte del MERCOSUR, en el marco del proceso de integración regional.

S/M

CAPITULO II

INTEGRACION DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Artículo 11.- Podrán integrar el Sistema Nacional Integrado de Salud:

a) Los servicios de salud a cargo de personas jurídicas públicas.

b) Las entidades a que refiere el artículo 265 de la Ley N° 17.930, de 19 de diciembre de 2005.

C/M

CAPITULO II

INTEGRACION DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Artículo 11.- Podrán integrar el Sistema Nacional Integrado de Salud:

a) Los servicios de salud a cargo de personas jurídicas públicas, **estatales y no estatales.**

b) Las entidades a que refiere el artículo 265 de la Ley N° 17.930, de 19 de diciembre de 2005.

Artículo 12.- Para integrar el Sistema Nacional Integrado de Salud es preceptivo que las entidades públicas y privadas cuenten con órganos asesores y consultivos representativos de sus trabajadores y usuarios. La reglamentación determinará la naturaleza y forma de los mismos, según el tipo de entidades de que se trate.

S/M

Artículo 13.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, además de sus órganos de gobierno, deberán contar con un Director Técnico como autoridad responsable ejecutiva en el plano técnico ante la propia entidad, la Junta Nacional de Salud y el Ministerio de Salud Pública.

C/M

Artículo 13.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, además de sus órganos de gobierno, deberán contar con un Director Técnico como autoridad responsable ejecutiva en el plano técnico ante la propia entidad, la Junta Nacional de Salud **que se crea en el artículo 22 de la presente ley** y el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 14.- Para autorizar como integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud a las entidades referidas en el artículo 11, la Junta Nacional de Salud evaluará, además de los requisitos establecidos en

C/M

Artículo 14.- Para autorizar como integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud a las entidades referidas en el artículo 11 **de la presente ley,** la Junta Nacional de Salud evaluará, además de los requisitos

los artículos 5° literal b), 12 y 13, su caudal de usuarios, los recursos humanos, la planta física, el equipamiento, los programas de atención a la salud, la tecnología, el funcionamiento organizacional y el estado económico financiero, según criterios que fije la reglamentación.

La integración al Sistema Nacional Integrado de Salud tendrá carácter funcional, no modificando la titularidad de las entidades ni su autonomía administrativa.

Artículo 15.- La Junta Nacional de Salud suscribirá un contrato de gestión con cada uno de los prestadores que se integre al Sistema Nacional Integrado de Salud, con el objeto de facilitar el contralor del cumplimiento de las obligaciones que impone a éstos la presente ley. La reglamentación determinará el contenido de dichos contratos.

Artículo 16.- Las entidades que se integren al Sistema Nacional Integrado de Salud ajustarán su actuación a las normas técnicas que dicte el Ministerio de Salud Pública y quedarán sujetas a su contralor.

Artículo 17.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán recabar, con fundamentos debidamente documentados, autorización del Ministerio de Salud Pública, quien oirá en todos los casos a la Junta Nacional de Salud, para:

a) Crear, clausurar o suspender servicios de atención médica;

b) Construir, reformar o ampliar plantas físicas destinadas a la atención médica;

c) Adquirir, enajenar, ceder y constituir otros derechos reales sobre bienes inmuebles y equipos sanitarios.

Artículo 18.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud no podrán realizar afiliaciones de carácter vitalicio, sin perjuicio de respetar los derechos adquiridos al amparo de normativas anteriores a esta ley. En estos casos, las prestaciones que supongan no darán derecho a la entidad al cobro de cuotas salud.

Artículo 19.- Las prestaciones incluidas en los programas integrales que apruebe el Ministerio de Salud Pública podrán requerir el pago de tasas moderadoras, que autorizará el Poder Ejecutivo, fijando también sus montos máximos.

C/M

C/M

S/M

S/M

C/M

C/M

establecidos en los artículos 5° literal b), 12 y 13, su caudal de usuarios, los recursos humanos, la planta física, el equipamiento, los programas de atención a la salud, la tecnología, el funcionamiento organizacional y el estado económico financiero, según criterios que fije la reglamentación.

La integración al Sistema Nacional Integrado de Salud tendrá carácter funcional, no modificando la titularidad de las entidades ni su autonomía administrativa.

Artículo 15.- La Junta Nacional de Salud suscribirá un contrato de gestión con cada uno de los prestadores que se integre al Sistema Nacional Integrado de Salud, con el objeto de facilitar el contralor del cumplimiento de las obligaciones que **la misma** impone a éstos la presente ley. La reglamentación determinará el contenido de dichos contratos.

Artículo 18.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud no podrán realizar afiliaciones de carácter vitalicio, sin perjuicio de respetar los derechos adquiridos al amparo de normativas anteriores a **la presente** ley. En estos casos, las prestaciones que supongan no darán derecho a la entidad al **cobro** de cuotas salud.

Artículo 19.- Las prestaciones incluidas en los programas integrales que apruebe el Ministerio de Salud Pública podrán requerir el pago de tasas moderadoras, que autorizará el Poder Ejecutivo, fijando también sus montos máximos.

El Poder Ejecutivo promoverá la progresiva reducción del monto de las tasas moderadoras, priorizando las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en la población.

Artículo 20.- Los profesionales e instituciones que presten servicios de salud podrán realizar publicidad mediante cualquier modalidad de difusión siempre que limiten las menciones a sus datos identificatorios, títulos que posean y especialidades que desarrollen, los que deberán estar debidamente registrados ante el Ministerio de Salud Pública.

Cuando dichos profesionales o instituciones se propongan ampliar el alcance de su publicidad, deberán recabar previamente autorización al Ministerio de Salud Pública, en los términos de la reglamentación aplicable.

Las personas o instituciones que infrinjan estas normas se harán pasibles de sanciones entre treinta (30) y quinientas (500) Unidades Reajustables (UR) que aplicará el citado Ministerio, sin perjuicio de la inmediata suspensión de la publicidad que le será notificada a los responsables de los medios utilizados para su difusión. Si la orden no fuere efectivizada, a los medios se les aplicarán iguales sanciones económicas.

C/M

Artículo 20.- Los profesionales **y entidades** que presten servicios de salud podrán realizar publicidad mediante cualquier modalidad de difusión siempre que limiten las menciones a sus datos identificatorios, títulos que posean y especialidades que desarrollen, los que deberán estar debidamente registrados ante el Ministerio de Salud Pública.

Cuando dichos profesionales o **entidades** se propongan ampliar el alcance de su publicidad, deberán recabar previamente autorización al Ministerio de Salud Pública, en los términos de la reglamentación aplicable.

Las personas o **entidades** que infrinjan estas normas se harán pasibles de sanciones entre treinta (30) y quinientas (500) Unidades Reajustables (UR) que aplicará el citado Ministerio, sin perjuicio de la inmediata suspensión de la publicidad que le será notificada a los responsables de los medios utilizados para su difusión. Si la orden no fuere efectivizada, a los medios se les aplicarán iguales sanciones económicas.

Artículo 21.- Las entidades de atención a la salud privadas que no se incorporen al Sistema Nacional Integrado de Salud podrán seguir prestando servicios a sus usuarios mediante el régimen de libre contratación, siempre que hayan sido habilitadas por el Ministerio de Salud Pública y se sujeten a su control en lo sanitario.

C/M

Artículo 21.- Las entidades de atención a la salud privadas que no se incorporen al Sistema Nacional Integrado de Salud podrán seguir prestando servicios a sus usuarios mediante el régimen de libre contratación, siempre que hayan sido habilitadas **a tal efecto** por el Ministerio de Salud Pública y se sujeten a su control en lo sanitario.

Aditivo

Artículo 21/1.- Los seguros integrales a que refiere el artículo 265 de la Ley N° 17.930, de 19 de diciembre de 2005 podrán seguir prestando servicios a sus usuarios mediante el régimen de libre contratación, siempre que hayan sido habilitados por el Ministerio de Salud Pública y se sujeten a su control en lo sanitario.

Los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud que contraten con dichas entidades deberán comunicar su decisión al administrador del Fondo Nacional de Salud.

Estos usuarios aportarán al Fondo Nacional de Salud creado por la Ley N° 18.131, de 18 de mayo de 2006 de acuerdo a lo dispuesto en el Capítulo VII de la presente ley y gozarán de los mismos derechos asistenciales que quienes se inscriban en los padrones de las demás entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.

El administrador del Fondo Nacional de Salud pagará a los seguros integrales las cuotas salud que correspondan a dichos usuarios siempre que se cumplan acumulativamente los siguientes requisitos:

1) que otorguen a los mismos las prestaciones incluidas en los programas integrales aprobados por el Ministerio de Salud Pública, sin perjuicio del régimen previsto en el inciso primero de la presente norma; y,

2) aporten al Ministerio de Salud Pública y a la Junta Nacional de Salud la información asistencial y económico - financiera que les sea requerida a efectos del contralor de sus obligaciones respecto a los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud. En caso de incumplimiento de las mismas, será aplicable el régimen sancionatorio previsto en el inciso e) del artículo 27 de la presente ley.

En ningún caso el administrador del Fondo Nacional de Salud pagará a los seguros integrales un monto superior al del aporte obrero – patronal del contribuyente. La reglamentación de la presente ley determinará la distribución del mismo considerando las cuotas salud y los aportes que deba transferir al Fondo Nacional de Recursos según la estructura del núcleo familiar del usuario.

Los seguros integrales verterán al Fondo Nacional de Salud el 6% de los ingresos recibidos del propio Fondo por concepto de costos de administración el que se destinará al financiamiento del Seguro Nacional de Salud.

CAPITULO III

JUNTA NACIONAL DE SALUD

Artículo 22.- Créase la Junta Nacional de Salud como servicio descentralizado con los cometidos que se establecen en esta ley.

Tendrá personería jurídica y patrimonio propio, y fijará su domicilio en la ciudad de Montevideo, sin perjuicio de las dependencias que establezca en otros lugares del país.

Sust.

CAPITULO III

JUNTA NACIONAL DE SALUD

Artículo 22.- Créase la Junta Nacional de Salud, como **Organismo Desconcentrado dependiente del Ministerio de Salud Pública** con los cometidos que **le atribuye la presente** ley.

Artículo 23.- Son cometidos de la Junta Nacional de Salud:

a) Administrar el Seguro Nacional de Salud que crea esta ley, con arreglo a sus disposiciones y a la reglamentación respectiva.

C/M

Artículo 23.- Son cometidos de la Junta Nacional de Salud:

a) Administrar el Seguro Nacional de Salud que crea **la presente** ley, con arreglo a sus disposiciones y a la reglamentación respectiva.

b) Velar por la observancia de los principios rectores y objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud, de conformidad con las políticas y normas que establezca el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 24.- La Dirección de la Junta Nacional de Salud estará a cargo de un Directorio integrado por 7 miembros, 4 de ellos serán designados por el Poder Ejecutivo en la forma prevista por el artículo 187 de la Constitución de la República; 2 a propuesta del Ministerio de Salud Pública, uno de los cuales lo presidirá; 1 a propuesta del Ministerio de Economía y Finanzas y otro a propuesta del Banco de Previsión Social. Los restantes 3 miembros representarán a los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, a sus trabajadores y a sus usuarios, a razón de uno por cada sector y su mandato tendrá una duración máxima de 2 años.

La reglamentación de esta ley determinará la forma de elección de los representantes de los prestadores, trabajadores y usuarios a que refiere el inciso anterior, mediante mecanismos que aseguren una selección democrática.

Artículo 25.- Para la integración del primer Directorio de la Junta Nacional de Salud los representantes sociales serán designados por las organizaciones representativas de prestadores y trabajadores respectivamente.

Asimismo la primer designación de la representación de los usuarios será determinada en la reglamentación de esta ley.

Artículo 26.- La Junta Nacional de Salud contará con Consejos Asesores Honorarios Departamentales o Locales, que se integrarán en la forma que determine la reglamentación de la presente ley, observando que en los mismos estén representados los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, sus trabajadores y sus usuarios.

b) Velar por la observancia de los principios rectores y objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud, de conformidad con las políticas y normas que establezca el Ministerio de Salud Pública.

Sust.

Artículo 24.- La Junta Nacional de Salud, tendrá carácter honorario y será dirigida por:

a) Dos miembros designados por el Ministerio de Salud Pública, uno de los cuales la presidirá.

b) Un miembro representante del Ministerio de Economía y Finanzas.

c) Un miembro representante del Banco de Previsión Social.

d) Un miembro representante de los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.

e) Un miembro representante de los trabajadores de los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.

f) Un miembro representante de los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud.

En todos los casos, por cada titular se designará un alterno.

Sust.

Artículo 25.- La reglamentación de la presente ley determinará la forma de elección de los representantes sociales a que refieren los incisos d), e) y f) del artículo 23, garantizando mecanismos de selección democrática de los mismos. Su mandato tendrá una duración máxima de 2 años.

Para la integración de la primera Junta, los representantes de prestadores y trabajadores serán designados por sus organizaciones representativas.

Asimismo la primera designación de la representación de los usuarios será determinada en la reglamentación de esta ley.

C/M

Artículo 26.- La Junta Nacional de Salud contará con Consejos Asesores Honorarios Departamentales **y** Locales, que se integrarán en la forma que determine la reglamentación de la presente ley, observando que en los mismos estén representados los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, sus trabajadores y sus usuarios.

Estos Consejos tendrán funciones de asesoramiento, proposición y evaluación en sus respectivas jurisdicciones, pero sus informes y propuestas no tendrán carácter vinculante.

Artículo 27.- Compete al Directorio de la Junta Nacional de Salud:

a) Representar al organismo a través de su Presidente, pudiendo otorgar los mandatos que en su caso corresponda.

b) Suscribir con los prestadores que se integren al Sistema Nacional Integrado de Salud los contratos de gestión a que refiere el artículo 15 de esta ley.

c) Regular los mecanismos de financiamiento de la atención integral de salud que corresponda a los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud y fiscalizar la efectiva integración de los aportes al Fondo Nacional de Salud que se determinan en el Capítulo VII de esta ley.

d) Disponer el pago de cuotas salud a los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, de acuerdo a sus padrones de usuarios y previa verificación del cumplimiento de las obligaciones a su cargo.

e) Regular las relaciones entre los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud y entre éstos y terceros.

f) Disponer la suspensión temporal o definitiva, total o parcial del pago de cuotas salud en caso de incumplimiento de las obligaciones a cargo de los prestadores, determinado por acto administrativo firme.

g) Ejercer la facultad disciplinaria sobre el personal a cargo del organismo.

h) Proyectar el presupuesto del organismo, de acuerdo al artículo 220 de la Constitución de la República.

i) Dar y tomar en arrendamiento cualquier clase de bienes.

j) Adquirir, gravar, permutar y enajenar bienes inmuebles, con autorización del Poder Ejecutivo.

k) Crear las unidades administrativas necesarias para el mejor cumplimiento de los cometidos del organismo, definiendo sus atribuciones.

Sust.

Estos Consejos tendrán funciones de asesoramiento, proposición y evaluación en sus respectivas jurisdicciones, pero sus informes y propuestas no tendrán carácter vinculante.

Artículo 27.- Compete a la Junta Nacional de Salud:

a) Suscribir con los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud los contratos de gestión a que refiere el artículo 15 de la presente ley.

b) Regular los mecanismos de financiamiento de la atención integral a la salud que corresponda a los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud y fiscalizar la efectiva integración de los aportes al Fondo Nacional de Salud que se determinan en el Capítulo VII de la presente ley.

c) Disponer el pago de cuotas salud a los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, de acuerdo a sus padrones de usuarios y previa verificación del cumplimiento de las obligaciones a su cargo.

d) Regular las relaciones entre los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud y entre estos y terceros.

e) Disponer la suspensión temporal o definitiva, total o parcial del pago de cuotas salud en caso de incumplimiento de las obligaciones a cargo de los prestadores, determinado por acto administrativo firme.

l) Elevar a la consideración del Poder Ejecutivo el Balance y el proyecto de Memoria Anual.

m) Las demás que le asigne esta ley.

f) Elaborar el proyecto de su reglamento orgánico, que elevará al Ministerio de Salud Pública para su aprobación, dentro de los ciento ochenta días de su constitución.

g) Las demás que le asigne la presente ley.

Artículo 28.- Compete al Presidente del Directorio de la Junta Nacional de Salud:

a) Presidir sus sesiones, sin perjuicio de los mandatos sustitutivos que otorgue en previsión de sus ausencias.

b) Ejecutar las resoluciones del Directorio.

c) Adoptar las medidas urgentes que entiende necesarias para el cumplimiento de los cometidos de la Junta Nacional de Salud, dando cuenta de ellas al Directorio en la primera sesión posterior y estando a lo que éste resuelva. Para modificar las decisiones adoptadas en el ejercicio de esta potestad será necesario el voto de por lo menos 5 de los miembros del Directorio.

d) Suscribir, conjuntamente con el miembro del Directorio o con el funcionario que éste designe, todos los actos, contratos y convenios en que intervenga el organismo.

e) Las demás que le sean encargadas por el Directorio.

Sust.

Artículo 28.- Compete al Presidente de la Junta Nacional de Salud:

a) Presidir sus sesiones, sin perjuicio de los mandatos sustitutivos que otorgue en previsión de sus ausencias.

b) Ejecutar las resoluciones de la Junta.

c) Adoptar las medidas urgentes que entienda necesarias para el cumplimiento de los cometidos de la Junta Nacional de Salud, dando cuenta de ellas a la misma en la primera sesión posterior y estando a lo que éste resuelva. Para modificar las decisiones adoptadas en el ejercicio de esta potestad será necesario el voto de por lo menos 5 de los miembros de la Junta. Mientras no se integren a él los representantes sociales, a estos efectos se requerirá el voto de tres de sus miembros.

d) Suscribir todos los actos, contratos y convenios en que intervenga el Organismo.

e) Las demás que le sean encargadas por la Junta.

Artículo 29.- Para sesionar, el Directorio de la Junta Nacional de Salud requerirá la presencia de **4** de sus miembros. Las decisiones se tomarán por mayoría simple de votos de integrantes del Cuerpo.

En caso de empate el voto del presidente del Directorio se computará doble.

S/M

Artículo 30.- Para atender sus costos de funcionamiento la Junta Nacional de Salud dispondrá de los siguientes recursos:

a) Las partidas presupuestales y extrapresupuestales que se le asignen al organismo.

b) Las herencias, legados y donaciones que reciba.

C/M

Artículo 30.- Para atender sus costos de funcionamiento la Junta Nacional de Salud dispondrá de los siguientes recursos:

a) Las partidas presupuestales **de diversas fuentes** que se le asignen al organismo.

b) Las herencias, legados y donaciones que reciba.

c) Los fondos provenientes de la cooperación internacional que pudiera ser brindada por organismos internacionales entre otros, cualquiera sea su origen.

d) Las rentas generadas por sus activos.

c) Los fondos provenientes de la cooperación internacional que pudiera ser brindada por organismos internacionales entre otros, cualquiera sea su origen.

d) Las rentas generadas por sus activos.

Aditivo

Artículo 30/1.- El contralor de la Junta Nacional de Salud será ejercido por el Tribunal de Cuentas con las más amplias facultades de fiscalización de la gestión financiera.

Aditivo

Artículo 30/2.- La Junta Nacional de Salud deberá elevar al Poder Ejecutivo un balance anual y la rendición de cuentas, dentro de los primeros 120 días de vencido cada ejercicio, así como los estados de situación y balance de resultados de todas las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud. Esas entidades deberán poseer sistemas de información contable ajustados a las disposiciones legales y reglamentarias vigentes y proporcionar la Junta Nacional de Salud toda la documentación que le solicite su Directorio.

Artículo 31.- Los recursos humanos de la Junta Nacional de Salud se integrarán con los que le sean transferidos por el Ministerio de Salud Pública y otros organismos del Estado, garantizando el respeto de sus derechos laborales. Los nuevos ingresos de personal que resuelva la Junta Nacional de Salud se sujetarán a las normas que rigen la contratación de funcionarios públicos.

Se suprime

CAPITULO IV

RED DE ATENCION EN SALUD

Artículo 32.- El Sistema Nacional Integrado de Salud se organizará en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones. Tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención.

S/M

Artículo 33.- La Junta Nacional de Salud, de acuerdo a las normas que dicte el Ministerio de Salud Pública, establecerá y asegurará los mecanismos de referencia y contra referencia entre los distintos niveles de atención.

S/M

Artículo 34.- El primer nivel de atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigidos a la persona, la familia, comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfa-

C/M

Artículo 34.- El primer nivel de atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigidos a la persona, la familia, comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfa-

cer con adecuada resolutividad las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral son practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia.

Se priorizará la coordinación local, departamental o regional entre servicios de salud del primer nivel nacionales, departamentales y comunitarios.

cer con adecuada resolutividad las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral **a la salud serán** practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia.

Se priorizará la coordinación local, departamental o regional entre servicios de salud del primer nivel nacionales, departamentales y comunitarios.

Artículo 35.- El segundo nivel de atención está constituido por el conjunto de actividades para la atención integral de carácter clínico, quirúrgico u obstétrico en régimen de hospitalización de breve o mediana estancia, hospitalización de día o de carácter crónico. Está orientado a satisfacer necesidades de baja, mediana o alta complejidad con recursos humanos, tecnológicos e infraestructura de diversos niveles de complejidad. En él se asienta la cobertura más frecuente de las atenciones de emergencia.

S/M

Artículo 36.- El tercer nivel de atención está destinado a la atención de patologías que demanden tecnología diagnóstica y de tratamiento de alta especialización. Los recursos humanos, tecnológicos e infraestructura estarán adecuados a esas necesidades.

S/M

Artículo 37.- La Junta Nacional de Salud fomentará el establecimiento de redes de atención en salud. Las entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud podrán coordinar acciones dentro de un marco territorial definido, para brindar una adecuada asistencia y racionalizar los recursos.

S/M

Articulo 38.- Las redes territoriales de atención en salud podrán articular su labor con los centros educativos en cada zona así como con las políticas sociales existentes y el conjunto de las políticas dirigidas a mejorar la calidad de vida de la población, desarrollando una perspectiva intersectorial.

S/M

Artículo 39.- Las entidades públicas y privadas que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud podrán contratar entre sí y con terceros las prestaciones incluidas en los programas integrales de atención a la salud que apruebe el Ministerio de Salud Pública.

Dichos contratos deberán ser sometidos a la autorización de la Junta Nacional de Salud, la que

C/M

Artículo 39.- Las entidades públicas y privadas que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud podrán contratar entre sí y con terceros las prestaciones incluidas en los programas integrales de atención a la salud que apruebe el Ministerio de Salud Pública.

Dichos contratos deberán ser sometidos a la autorización de la Junta Nacional de Salud, la que

controlará todo lo referente a la habilitación de los prestadores y su infraestructura, capacidad asistencial, relación entre el volumen de prestaciones a contratar y el número de usuarios del prestador contratante, plazos de los contratos y la estabilidad de las condiciones de relacionamiento.

La Junta Nacional de Salud verificará que las entidades contratantes no mantengan deudas vencidas con quienes pretenden contratar, en cuyo caso deberán cancelarlas o refinanciarlas antes de la firma de un nuevo contrato.

Si la Junta Nacional de Salud no formula observaciones ni deniega la autorización dentro de los 30 días de presentada la solicitud, el respectivo contrato se considerará autorizado.

En situaciones de caso fortuito, fuerza mayor y otras razones de urgencia, los prestadores podrán contratar notificando de inmediato a la Junta Nacional de Salud. Esta concederá un plazo prudencial para la presentación de la documentación contractual y acreditante de las circunstancias excepcionales que motivaron la contratación. En caso de incumplimiento, se aplicará el régimen sancionatorio previsto en el artículo 27 literal g.

Artículo 40.- Las farmacias registradas y habilitadas por el Ministerio de Salud Pública podrán dispensar medicamentos a los usuarios de los prestadores de salud que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, en los términos de los contratos que celebren con los mismos.

A dichos contratos les será aplicable, en lo que corresponda, lo dispuesto en el artículo 39 de esta ley.

Artículo 41.- Los precios de referencia para las contrataciones podrán ser determinados por el Poder Ejecutivo.

Artículo 42.- Es incompatible el ejercicio de la dirección y el gerenciamiento de las entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud que demanden servicios a terceros con la provisión de los mismos, salvo cuando se formalicen alianzas estratégicas entre prestadores o cuando uno de ellos asuma el gerenciamiento del otro. En ambos casos se requerirá autorización de la Junta Nacional de Salud. La incompatibilidad incluye a las personas que ejerzan la función, sus socios, cónyuges o concubinos, ascendientes y descendientes hasta el segundo grado de consanguinidad.

S/M

C/M

S/M

controlará todo lo referente a la habilitación de los prestadores y su infraestructura, capacidad asistencial, relación entre el volumen de prestaciones a contratar y el número de usuarios del prestador contratante, plazos de los contratos y la estabilidad de las condiciones de relacionamiento.

La Junta Nacional de Salud verificará que las entidades contratantes no mantengan deudas vencidas con quienes pretenden contratar, en cuyo caso deberán cancelarlas o refinanciarlas antes de la firma de un nuevo contrato.

Si la Junta Nacional de Salud no formula observaciones ni deniega la autorización dentro de los 30 días de presentada la solicitud, el respectivo contrato se considerará autorizado.

En situaciones de caso fortuito, fuerza mayor y otras razones de urgencia, los prestadores podrán contratar notificando de inmediato a la Junta Nacional de Salud. Esta concederá un plazo prudencial para la presentación de la documentación contractual y acreditante de las circunstancias excepcionales que motivaron la contratación. En caso de incumplimiento, se aplicará el régimen sancionatorio previsto en el artículo 27 literal **e) de la presente ley.**

Artículo 41.- Los precios de referencia para las contrataciones **a que refieren los artículos 39 y 40 de la presente ley** podrán ser determinados por el Poder Ejecutivo.

Los contratos que se formalicen violando esta disposición serán nulos a partir del momento en que se verifique dicha incompatibilidad.

CAPITULO V

COBERTURA DE ATENCION MEDICA

Artículo 43.- Las entidades públicas y privadas que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán suministrar a su población usuaria los programas integrales de prestaciones que apruebe el Ministerio de Salud Pública, con recursos propios o contratados con otros prestadores integrales o parciales públicos o privados.

Los programas integrales de prestaciones incluirán:

a) Actividades de promoción y protección de salud dirigidas a las personas.

b) Diagnóstico precoz y tratamiento adecuado y oportuno de los problemas de salud-enfermedad detectados.

c) Acciones de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, según corresponda.

d) Acceso a medicamentos y recursos tecnológicos suficientes.

La reglamentación definirá taxativamente las prestaciones incluidas, que serán descriptas en términos de sus componentes y contarán con indicadores de calidad de los procesos y resultados, conforme a los cuales la Junta Nacional de Salud auditará la atención brindada a los efectos de autorizar el pago de cuotas salud a los prestadores.

Artículo 44.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán ofrecer a su población usuaria al menos tres opciones diferentes de suministro de las prestaciones de emergencia médica incluidas en los programas integrales que apruebe el Ministerio de Salud Pública, excepto cuando en el territorio de que se trate no exista el número suficiente de prestadores habilitados para brindarlas. La reglamentación definirá las modalidades de aplicación de esta disposición.

C/M

CAPITULO V

COBERTURA DE ATENCION MEDICA

Artículo 43.- Las entidades públicas y privadas que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán suministrar a su población usuaria los programas integrales de prestaciones que apruebe el Ministerio de Salud Pública, con recursos propios o contratados con otros prestadores integrales o parciales públicos o privados.

Los programas integrales de prestaciones incluirán:

a) Actividades de promoción y protección de salud dirigidas a las personas.

b) Diagnóstico precoz y tratamiento adecuado y oportuno de los problemas de salud-enfermedad detectados.

c) Acciones de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, según corresponda.

d) Acceso a medicamentos y recursos tecnológicos suficientes.

La reglamentación **de la presente ley** definirá taxativamente las prestaciones incluidas, que serán descriptas en términos de sus componentes y contarán con indicadores de calidad de los procesos y resultados, conforme a los cuales la Junta Nacional de Salud auditará la atención brindada a los efectos de autorizar el pago de cuotas salud a los prestadores.

Sust.

Artículo 44.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán **ofrecer** a su población usuaria **prestaciones de emergencia médica incluidas en** los programas integrales que apruebe el Ministerio de Salud Pública. **La reglamentación definirá las modalidades de aplicación de esta disposición.**

La afiliación a las entidades prestadoras de los referidos servicios de emergencia se realizará por parte de los usuarios del Seguro Nacional de Salud entre aquellas entidades que se encuentren integradas para la prestación establecida en el inciso precedente, al Sistema Nacional Integrado de Salud.

		El Poder Ejecutivo con intervención del Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Economía y Finanzas, oyendo a la Junta Nacional de Salud fijará el importe que las entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud abonarán a los prestadores de los servicios de referencia.
Artículo 45.- Las prestaciones no incluidas en los programas integrales de observancia obligatoria, que ofrezcan a sus usuarios las instituciones que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud serán convenidas entre prestadores y usuarios, en régimen de libre contratación. Cuando se trate de prestaciones sanitarias, el Ministerio de Salud Pública las controlará en sus aspectos técnicos.	**S/M**	
Artículo 46.- Las prestaciones económicas correspondientes a enfermedad, maternidad, accidentes de trabajo y otras contingencias relacionadas con la salud, continuarán siendo brindadas por los organismos públicos y las entidades privadas competentes, de conformidad con las disposiciones en vigor. Los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud realizarán, para sus respectivos usuarios, las pericias técnicas que correspondan.	**S/M**	
CAPITULO VI **USUARIOS DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD**		**CAPITULO VI** **USUARIOS DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD**
Artículo 47.- Son usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud todas las personas que residan en el territorio nacional. Tal condición se adquiere a partir del registro espontáneo o a solicitud de la Junta Nacional de Salud, en una de las instituciones prestadoras de servicios de salud que lo integren. La reglamentación establecerá los términos y condiciones de dicho registro. Los prestadores no podrán rechazar a ningún usuario ni limitarle las prestaciones incluidas en los programas integrales de salud aprobados por el Ministerio de Salud Pública.	**Sust.**	**Artículo 47.-** Son usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud todas las personas que residan en el territorio nacional **y se registren en forma espontánea** o a solicitud de la Junta Nacional de Salud, en una de las **entidades** prestadoras de servicios de salud que lo integren. La reglamentación **de la presente ley** establecerá los términos y condiciones de dicho registro.
Artículo 48.- La elección de prestador es libre. Una vez formalizado el registro ante una de las instituciones integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud, podrá modificarse en los términos que fije la reglamentación. No se admitirá la doble cobertura de atención médica integral a cargo del Sistema, debiendo los	**C/M**	**Artículo 48.-** La elección de prestador es libre. Una vez formalizado el registro ante una de las **entidades** integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud, podrá modificarse en los términos que fije la reglamentación. No se admitirá la doble cobertura de atención médica integral a cargo del Sistema, debiendo los

usuarios optar por una de las que eventualmente les correspondieran.

Artículo 49.- Los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud tienen los siguientes derechos respecto de los prestadores integrados al mismo:

a) A recibir información completa y actualizada sobre los servicios a que pueden acceder y sobre los requisitos para hacer uso de los mismos.

b) A recibir, en igualdad de condiciones, las prestaciones incluidas en los programas integrales a que refiere el artículo 43.

c) Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad.

d) A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en las instituciones de salud, sin perjuicio de las facultades de la Junta Nacional de Salud, del Ministerio de Salud Pública y del Fondo Nacional de Recursos cuando se trate de actos médicos financiados por el mismo.

e) A conocer los resultados asistenciales y económicos financieros de la Institución.

f) A recibir información sobre las políticas de salud y los programas de atención integral que se implementen en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

g) Los demás que establezca la reglamentación y otras disposiciones aplicables.

Artículo 50.- Son obligaciones de lo usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud:

a) Responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones a que tienen derecho.

b) Dar cumplimiento a las formalidades que se requieran para acceder a los servicios de salud.

c) Respetar los estatutos de las instituciones prestadoras de servicios.

d) Cumplir con las disposiciones de naturaleza sanitaria de observancia general y con las específicas que determinen las entidades prestadoras cuando estén utilizando sus servicios.

C/M

usuarios optar por una de las que eventualmente les correspondieran.

Artículo 49.- Los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud tiene los siguientes derechos respecto de los prestadores integrados al mismo.

a) A recibir información completa y actualizada sobre los servicios a que pueden acceder y sobre los requisitos para hacer uso de los mismos.

b) A recibir, en igualdad de condiciones, las prestaciones incluidas en los programas integrales a que refiere el artículo 43.

c) Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad.

d) A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en las **entidades que presten servicio** de salud, sin perjuicio de las facultades de la Junta Nacional de Salud, del Ministerio de Salud Pública y del Fondo Nacional de Recursos cuando se trate de actos médicos financiados por el mismo.

e) A conocer los resultados asistenciales y económico financieros de la **entidad.**

f) A recibir información sobre las políticas de salud y los programas de atención integral que se implementen en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

g) Los demás que establezca la reglamentación y otras disposiciones aplicables.

C/M

Artículo 50.- Son obligaciones de los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud:

a) Responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones a que tienen derecho.

b) Dar cumplimiento a las formalidades que se requieran para acceder a los servicios de salud.

c) Respetar los estatutos de las **entidades** prestadoras de servicios.

d) Cumplir con las disposiciones de naturaleza sanitaria de observancia general y con las específicas que determinen las entidades prestadoras cuando estén utilizando sus servicios.

e) Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las mismas.

f) Las demás que establezca la reglamentación y otras disposiciones aplicables.

El incumplimiento de las obligaciones antes referidas acarreará las consecuencias previstas en los estatutos de las entidades prestadoras.

Artículo 51.- Los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud tendrán el derecho a participar en los órganos a que refiere el artículo 12 de esta ley, en los términos que determine su reglamentación.

S/M

Artículo 52.- La Junta Nacional de Salud podrá establecer un sistema de recepción de quejas y denuncias de usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud, así como mecanismos de solución de diferendos entre estos y los prestadores, sin perjuicio de los recursos administrativos y judiciales correspondientes.

S/M

CAPITULO VII

FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Artículo 53.- Las prestaciones que conforme a esta ley y su reglamentación deben brindar obligatoriamente a sus usuarios los prestadores públicos y privados que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, dará derecho a éstos al cobro de cuotas salud según el número de personas inscriptas en sus padrones.

La cuota salud, cuyo valor será igual para prestadores públicos y privados, será fijada por el Poder Ejecutivo, con intervención del Ministerio de Economía y Finanzas y del Ministerio de Salud Pública, oyendo a la Junta Nacional de Salud. Dicha cuota tendrá en cuenta costos diferenciales según grupos poblacionales determinados y cumplimiento de metas asistenciales.

Se actualizará con la periodicidad que determinen las autoridades competentes, tomando en consideración costos asociados a sus componentes e incorporación de nuevos programas integrales de atención en salud.

e) Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las mismas.

f) Las demás que establezca la reglamentación y otras disposiciones aplicables.

El incumplimiento de las obligaciones antes referidas acarreará las consecuencias previstas en los estatutos de las entidades prestadoras.

CAPITULO VII

FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

C/M

Artículo 53.- Las prestaciones que conforme a la **presente** ley y su reglamentación deben brindar obligatoriamente a **los** usuarios **incorporados al Seguro Nacional de Salud los prestadores públicos y** privados que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, dará derecho a éstos al cobro de cuotas salud según el número de personas inscriptas en sus padrones.

La cuota salud, cuyo valor será igual para prestadores públicos y privados, será fijada por el Poder Ejecutivo, con intervención del Ministerio de Economía y Finanzas y del Ministerio de Salud Pública, oyendo a la Junta Nacional de Salud. Dicha cuota tendrá en cuenta costos diferenciales según grupos poblacionales determinados y cumplimiento de metas asistenciales.

Se actualizará con la periodicidad que determinen las autoridades competentes, tomando en consideración costos asociados a sus componentes e incorporación de nuevos programas de atención **a la** salud.

El ajuste del monto de la cuota salud, así como la incorporación de nuevas prestaciones tales como los servicios de emergencia previstos en el artículo 44 de la presente ley, y la reducción de las tasas

moderadoras, deberá efectuarse en función de la existencia de economías derivadas de mejoras en la eficiencia del sistema y las que deriven de la incorporación de nuevos usuarios a los padrones de los prestadores.

Aditivo

Artículo 53/1.- La Administración de los Servicios de Salud del Estado, adecuará las prestaciones de Salud a las exigidas a las restantes entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud, en forma progresiva, no pudiendo exceder este período de adecuación al 31 de diciembre de 2009.

Artículo 54.- Créase el Seguro Nacional de Salud, que contará con un fondo único y obligatorio denominado Fondo Nacional de Salud e integrado con aportes públicos y privados, con cargo al cual se pagará las cuotas salud que correspondan a los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Artículo 54.- Créase el Seguro Nacional de Salud, **el que será financiado por el Fondo Nacional de Salud creado por el artículo 1° de la Ley N° 18.131, de 18 de mayo de 2007,** con cargo al cual se pagarán las cuotas salud que correspondan a los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.

A partir de la vigencia de la presente ley, la Junta Nacional de Salud sustituirá al Banco de Previsión Social en la administración de dicho Fondo.

El Fondo Nacional de Salud se constituirá en el Banco de Previsión Social, que recepcionará los aportes a que refieren los artículos siguientes y efectivizará los pagos de cuotas salud de conformidad con las órdenes de pago que emita la Junta Nacional de Salud.

El Banco de Previsión Social recepcionará los aportes a que refieren los artículos siguientes de la presente ley y efectivizará el pago de cuotas salud a los prestadores, de conformidad con las órdenes de pago que emita la Junta Nacional de Salud.

Artículo 54/1: Los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud no podrán rechazar a ningún usuario amparado por el Seguro Nacional de Salud ni limitarle las prestaciones incluidas en los programas integrales de salud aprobados por el Ministerio de Salud Pública.

Aditivo

Artículo 54/2.- Los créditos de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, creada por Ley N° 18.161, de 29 de julio de 2007, con financiación 1.2 "Recursos con Afectación Especial" se ajustarán mensualmente de acuerdo al monto de la recaudación correspondiente a dicho organismo por concepto de cuotas salud, a cuyos efectos el administrador del Fondo Nacional de Salud remitirá la información necesaria al Ministerio de Economía y Finanzas.

Simultáneamente se reducirán los créditos correspondientes a la financiación 1.1 "Rentas Generales", en el importe anualizado resultante a la variación mensual en el número de usuarios amparados por el Seguro Nacional de Salud inscriptos en el padrón de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, multiplicado por el costo promedio por usuario de dicho organismo. Dicho costo prome-

dio será determinado por el Ministerio de Economía y Finanzas y el Ministerio de Salud Pública.

El Ministerio de Economía y Finanzas comunicará a la Contaduría General de la Nación el monto de las modificaciones presupuestales dispuesta en los incisos precedentes.

La Administración de los Servicios de Salud del Estado comunicará a la Contaduría General de la Nación y la Oficina de Planeamiento y Presupuesto la distribución a nivel de Unidad Ejecutora, grupo y objeto de gasto y proyecto de inversión, de las modificaciones presupuestales dispuestas en la presente norma, sin la cual no podrá ejecutar los créditos a que refiere el presente artículo.

Artículo 55.- Serán recursos del Fondo Nacional de Salud:

a) Aportes del Estado provenientes de asignaciones presupuestales y extrapresupuestales.

b) Aportes obligatorios de trabajadores y empresas del sector privado.

c) Aportes obligatorios de los trabajadores del sector público que se incorporen al régimen de esta ley.

d) Aportes del Estado sobre la masa salarial que abone a los trabajadores públicos a que refiere el inciso anterior.

e) Aportes obligatorios de pasivos.

f) Aportes obligatorios de personas físicas que no queden incluidas en los incisos anteriores.

g) Otros que pudieran corresponderle por aplicación de disposiciones legales o reglamentarias.

h) Las rentas generadas por sus activos.

Sust.

Artículo 55.- Serán recursos del Fondos Nacional de Salud:

a) Aportes obligatorios de trabajadores y empresas del sector privado.

b) Aportes obligatorios de los trabajadores del sector público incorporados al Seguro Nacional de Salud.

c) Aportes del Estado sobre la masa salarial que abone a sus dependientes incorporados al Seguro Nacional de Salud.

d) Aportes obligatorios de pasivos.

e) Aportes obligatorios de personas físicas que no queden incluidas en los incisos anteriores.

f) El porcentaje previsto en el artículo 21/1 de la presente ley.

g) Otros que pudieran corresponderle por aplicación de disposiciones legales o reglamentarias.

h) Las rentas generadas por sus activos, de acuerdo a lo que establezca la reglamentación.

Autorízase al Poder Ejecutivo en acuerdo con el Ministerio de Economía y Finanzas a atender las insuficiencias financieras del Fondo Nacional de Salud debidamente justificadas.

Artículo 56.- El Estado y las empresas privadas aportarán al Fondo Nacional de Salud un 5% (cinco por ciento) del total de las retribuciones sujetas a montepío que paguen a sus trabajadores y los complementos de cuota salud que correspondan por aplicación del artículo 338 de la Ley N° 16.320, de 1° de noviembre de 1992. Los organismos públicos que

Sust.

Artículo 56.- El Estado y las empresas privadas, aportarán al Fondo Nacional de Salud un 5% (cinco por ciento) del total de las retribuciones sujetas a montepío que paguen a sus trabajadores amparados por el Seguro Nacional de Salud y los complementos de cuota salud que correspondan por aplicación del

posean un régimen propio de cobertura médica, se integrarán al sistema una vez incorporados al Fondo Nacional de Salud. Los créditos habilitados para tales regímenes financiarán el aporte referido. Los trabajadores aportarán un 6% (seis por ciento) de sus retribuciones, dentro de los que se computarán los aportes ya previstos al Fondo Nacional de Salud, siempre que sus ingresos superen 2,5 (dos con cinco) bases de prestaciones contributivas mensuales. Dicho aporte y los derechos incluidos en el artículo 58 para los aportantes ya integrados al Fondo regirán a partir del 1° de enero de 2008.

artículo 338 de la Ley N° 16.320, de 1° de noviembre de 1992.

Los trabajadores públicos y privados aportarán un porcentaje de sus retribuciones dentro de los que se computarán los aportes ya previstos en el Decreto-Ley N° 14.407, de 22 de julio de 1975 y la Ley N° 18.131, de 18 de mayo de 2007, de acuerdo al siguiente detalle:

a) 6% (seis por ciento) si las retribuciones superan 2.5 BPC (dos con cinco Bases de Prestaciones y Contribuciones) mensuales y tienen a cargo hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidades, incluyendo a los del concubino.

b) 4.5% (cuatro con cinco por ciento) si las retribuciones superan 2.5 BPC (dos con cinco Bases de Prestaciones y Contribuciones) mensuales y no tienen a cargo hijos menores de 18 años ni mayores de esa edad con discapacidades, incluyendo a los del concubino.

c) 3% (tres por ciento) si las retribuciones no superan 2.5 BPC (dos con cinco Bases de Prestaciones y Contribuciones) mensuales, con independencia de que tengan o no a cargo hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidades, incluyendo a los del concubino.

Para el caso de los trabajadores públicos y otros dependientes del Estado, incorporados al Seguro Nacional de Salud será de aplicación lo dispuesto por el artículo 4° de la Ley N° 18.131, de 18 de mayo de 2007 más un porcentaje adicional de sus retribuciones cuando sus ingresos superen 2.5 BPC mensuales (dos con cinco Bases de Prestaciones y Contribuciones), de acuerdo al siguiente detalle:

a) 3% (tres por ciento) si tiene a cargo hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidades, incluyendo los del concubino.

b) 1,5% (uno con cinco por ciento) si no tienen a cargo hijos menores de 18 años ni mayores de esa edad con discapacidades, incluyendo los del concubino.

Los aportes referidos en este artículo, al igual que el derecho a recibir atención integral de salud a través de los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, regirán a partir del 1° de enero de 2008.

Aditivo

Artículo 56/1.- Los trabajadores incorporados al Seguro Nacional de Salud que se acojan al beneficio

		de la jubilación continuarán amparados por el mismo y realizando los aportes determinados en los artículos 56 y 59/2 de la presente ley, según corresponda a la estructura de su núcleo familiar. **El usufructo del derecho previsto en el presente artículo será optativo para quienes justifiquen el acceso, por otros medios, a cobertura de salud de un nivel similar a la que brinda el Sistema Nacional Integrado de Salud, no quedando exonerados de realizar los aportes correspondientes.**
	Aditivo	**Artículo 56/2.- Los jubilados que se desempeñaron en actividad como no dependientes amparados al régimen de Banco de Previsión Social, cuyo haber jubilatorio sea menor o igual a 2,6 BPC (dos con seis Bases de Prestaciones y Contribuciones) mensuales y que además integren hogares cuyo ingreso por todo concepto sea igual o inferior a 2,6 BPC (dos con seis Bases de Prestaciones y Contribuciones) mensuales podrán optar por ingresar en el Seguro Nacional de Salud aportando un 3% de su pasividad a partir del 1° de enero de 2008.**
Artículo 57.- El Poder Ejecutivo podrá remitir al Poder Legislativo en un plazo no mayor a 180 (ciento ochenta) días desde la promulgación de la presente ley, una propuesta gradual de incorporación al Sistema Nacional Integrado de Salud de aquellos colectivos no considerados en la presente ley tomando en cuenta las situaciones de mayor emergencia en materia de cobertura de servicios de salud.	**Se suprime**	
Artículo 58.- Los aportes a que hace referencia el artículo 56 de la presente ley darán derecho a los hijos menores de 18 años y a los mayores de esa edad con discapacidades a cargo de los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud, a recibir atención integral en salud, sin costo adicional alguno exceptuando, en su caso, las tasas moderadoras que estén autorizadas a percibir las entidades que integren el Sistema.	**C/M**	**Artículo 58.-** Los aportes a que hacen referencia los artículos 56 **y 56/1** de la presente ley darán derecho a los hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidades, **incluyendo los del concubino a cargo de los usuarios amparados por el Seguro Nacional de Salud,** a recibir atención integral en salud **a través de los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.**
Los padres de dichos hijos elegirán para ellos el prestador público o privado que estimen conveniente, en acuerdo con el artículo 48 de la presente ley e independientemente del que ellos estén incorporados. En caso de fallecimiento de los progenitores o de disolución de la pareja parental por separación o divorcio, realizará la elección de la entidad quien detente su guarda o tenencia. Para los que están sujetos a tutela o curatela, los tutores o curadores elegirán la entidad atendiendo a las necesidades particulares de los mismos.		Los padres elegirán para ellos el prestador público o privado que estimen conveniente, en acuerdo con el artículo 48 de la presente ley e independientemente de aquel al que ellos estén incorporados. En caso de fallecimiento de los progenitores o de disolución de la pareja parental por separación o divorcio, realizará la elección de la entidad quien detente su guarda o tenencia. Para los que están sujetos a tutela o curatela, los tutores o curadores elegirán la entidad atendiendo a las necesidades particulares de los mismos.

Aditivo

Artículo 58/1.- Todas las personas que dejen de cumplir las condiciones para ampararse al Seguro Nacional de Salud podrán optar por continuar inscriptos en los padrones de los mismos prestadores, pagando directamente por los servicios de atención integral de salud que reciban, no pudiendo ser rechazados en sus padrones.

Aditivo

Artículo 58/2.- Los trabajadores públicos y privados y los jubilados que se incorporen al Seguro Nacional de Salud al amparo de lo previsto en el artículo 56/1 de la presente ley que tengan cónyuge o concubino a cargo, aportarán un 2% (dos por ciento) adicional de sus retribuciones para incorporar a los mismos a dicho seguro, lo que les dará derecho a recibir atención integral en salud a través de los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.

La incorporación de cónyuges y concubinos y el inicio del aporte previsto en el inciso precedente se realizarán teniendo en cuenta el número de hijos menores a cargo, de acuerdo al siguiente cronograma:

Año 2010: cónyuge o concubino del aportante con 3 o más hijos menores de 18 años a cargo.

Año 2011: cónyuge o concubino del aportante con 2 hijos menores de 18 años a cargo.

Año 2012: cónyuge o concubino del aportante con 1 hijo menor de 18 años a cargo.

Año 2013: cónyuge o concubino del aportante sin hijos menores de 18 años a cargo.

Aditivo

Artículo 58/3.- Facúltase al Poder Ejecutivo a postergar las fechas de ingreso establecidas en la presente ley, siempre que fuera necesario para asegurar la sostenibilidad de las cuentas públicas. El Poder Ejecutivo deberá informar de ello al Poder Legislativo con una antelación mínima de 120 días previos al 1° de enero de cada uno de dichos años.

Artículo 59.- Los aportes a que hace referencia el artículo 56 de la presente ley dará derecho a los cónyuges a cargo de los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud, a recibir atención integral en salud, sin costo adicional alguno exceptuando, en su caso, las tasas moderadores que estén autorizadas a percibir las entidades que integren el Sistema. Facúltase al Poder Ejecutivo a definir la fecha de entrada en vigencia de los derechos incluidos en el presente artículo.

Se suprime

Artículo 59 (sustituye al 59 y 60).- Estarán exceptuados de realizar los aportes determinados en el artículo 56 **de la presente ley** las personas a que refiere el artículo 18 de la presente Ley **en tanto permanezcan en la misma entidad. Si tuvieren a cargo hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidades, incluyendo los del concubino, aportarán el 3% (tres por ciento) de sus retribuciones. De tener cónyuge o concubino a cargo aportarán 2%**

Artículo 60.- Estarán exceptuados de realizar los aportes determinados en el artículo 56 las personas a que refiere el artículo 18 de la presente ley. Si tuvieren hijos menores de 18 años, hijos mayores de esa edad con discapacidades y/o cónyuge a cargo, aportarán el 3% de las **retribuciones** sujetas a montepío que perciban. Facúltese al Poder Ejecutivo a definir la entrada en vigencia del aporte definido en este artículo así como de los derechos incluidos en los artículos 58 y 59 de la presente ley.

Se suprime

(dos por ciento) de sus retribuciones, de acuerdo al cronograma previsto en el artículo 58/2 de la presente ley.

Aditivo

Artículo 59/1.- Quedarán incorporados al Seguro Nacional de Salud a partir del 1° de enero de 2008 -además de los comprendidos en lo dispuesto en el artículo 2° de la Ley N° 18.131, de 18 de mayo de 2007- los funcionarios del Inciso 12 "Ministerio de Salud Pública", del Inciso 16 "Poder Judicial", del Iniciso 25 "Administración Nacional de Educación Pública", del Inciso 26 "Universidad de la República", del Inciso "Administración de los Servicios de Salud del Estado", del Poder Legislativo, los Legisladores y los funcionarios de los organismos públicos nacionales, con excepción del Inciso 03 "Ministerio de Defensa Nacional" e Inciso 04 "Ministerio del Interior".

Los créditos presupuestales habilitados para financiar regímenes propios de cobertura médica a quienes resulten beneficiarios del Seguro Nacional de Salud por aplicación del inciso precedente, financiarán los aportes establecidos en la presente ley, de acuerdo a lo que determine la reglamentación.

Aditivo

Artículo 59/2.- Los trabajadores comprendidos en el régimen de Cajas de Auxilio o Seguros Convencionales que funcionen al amparo del artículo 41 del Decreto-Ley N° 14.407, de 22 de julio de 1975 y aseguren a sus beneficiarios cobertura integral de salud en un nivel no inferior al establecido por la presente ley, se incorporarán al Seguro Nacional de Salud no más allá del 1° de enero de 2011. Hasta ese momento, continuarán rigiéndose por las disposiciones legales y reglamentarias que les son aplicables.

Aditivo

Artículo 59/3.- Los profesionales universitarios que perciban total o parcialmente ingresos fuera de una relación de dependencia, realizarán los aportes personales sobre sus ingresos reales de acuerdo a lo establecido en los artículos 56 y 58/2 de la presente ley y los complementos de cuota salud que correspondan por aplicación del artículo 338 de la Ley N° 16.320, de 1° de noviembre de 1992.

Dichos aportes, así como su incorporación al Seguro Nacional de Salud cuando no fueren beneficiarios del mismo, regirá a partir de enero de 2011

		y se realizará en la forma que determine la reglamentación.
Artículo 61.- La reglamentación determinará las condiciones conforme a las cuales **los hijos mayores de 18 años no incluidos en el artículo 58 de la presente ley,** los concubinos y las personas mayores de 65 años, a cargo de usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud, obtendrán cobertura integral de salud a través de los prestadores que lo integren.	**Se suprime**	
Artículo 62.- El Fondo Nacional de Recursos mantendrá su autonomía administrativa en los términos de la Ley N° 16.343, de 24 de diciembre de 1992 y demás disposiciones aplicables. Los aportes a que refieren los literales a, b y c del artículo 3° de la Ley N° 16.343, serán sustituidos por una cuota única por cada beneficiario del Sistema Nacional Integrado de Salud que la Junta Nacional de Salud le reembolsará.	**S/M**	
CAPITULO VIII		**CAPITULO VIII**
DISPOSICIONES TRANSITORIAS		**DISPOSICONES TRANSITORIAS**
Artículo 63.- Hasta la efectiva aplicación de lo dispuesto en el **artículo 57** de la presente ley, los beneficiarios del Sistema Nacional Integrado de Salud no incluidos en el régimen de seguridad social seguirán abonando directamente a sus respectivos prestadores por los servicios de salud que reciban.	**C/M**	**Artículo 63.-** Los beneficiarios del Sistema Nacional Integrado de Salud no incluidos en el régimen de **esta ley** seguirán abonando directamente a sus respectivos prestadores por los servicios de salud que reciban.
	Aditivo	**Artículo 63/1.- Hasta la instalación de la Junta Nacional de Salud, las funciones que se le atribuyen a la misma serán ejercidas por el Ministerio de Salud Pública y el Banco de Previsión Social, según corresponda.**
	Aditivo	**Artículo 63/2.- La presente ley regirá a partir del 1° de enero de 2008.”**

(Texto del proyecto complementario)

"Ministerio de Salud Pública
Ministerio del Interior
Ministerio de Relaciones Exteriores
Ministerio de Economía y Finanzas
Ministerio de Defensa Nacional
Ministerio de Educación y Cultura
Ministerio de Transporte y Obras Públicas
Ministerio de Industria, Energía y Minería
Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca
Ministerio de Turismo y Deporte
Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente
Ministerio de Desarrollo Social

Montevideo, 1° de octubre de 2007.

Señor Presidente de la
Asamblea General.

El Poder Ejecutivo tiene el honor de dirigirse a ese Cuerpo a efectos de remitirle adjunto al presente Mensaje, luego de un pormenorizado estudio en cuanto a la financiación del Sistema Nacional Integrado de Salud, el siguiente articulado conteniendo modificaciones en tal sentido.

Saludamos al Señor Presidente con la mayor consideración.

Dr. TABARE VAZQUEZ, Presidente de la República; **Jorge Lepra, Azucena Berrutti, José Mujica, Héctor Lescano, Miguel Fernández Galeano, Daisy Tourné, Danilo Astori, Víctor Rossi, Eduardo Bonomi, Mariano Arana, Marina Arismendi, Bernabela Herrera, Jorge Brovetto.**

Ministerio de Salud Pública

CAPITULO VII

FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Artículo.- Las prestaciones que conforme a la presente Ley y su reglamentación deben brindar obligatoriamente a los usuarios incorporados al Seguro Nacional de Salud los prestadores públicos y privados que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, dará derecho a éstos al cobro de cuotas salud según el número de personas inscriptas en sus padrones.

La cuota salud, cuyo valor será igual para prestadores públicos y privados, será fijada por el Poder Ejecutivo, con intervención del Ministerio de Economía y Finanzas y del Ministerio de Salud Pública, oyendo a la Junta Nacional de Salud. Dicha cuota tendrá en cuenta costos diferenciales según grupos poblacionales determinados y cumplimiento de metas asistenciales.

Se actualizará con la periodicidad que determinen las autoridades competentes, tomando en consideración costos asociados a sus componentes e incorporación de nuevos programas de atención a la salud.

El ajuste del monto de la cuota salud, así como la incorporación de nuevas prestaciones tales como los servicios de emergencia previstos en el artículo 44 de la presente ley, y la reducción de las tasas moderadoras, deberá efectuarse en función de la existencia de economías derivadas de mejoras en la eficiencia del sistema y las que deriven de la incorporación de nuevos usuarios a los padrones de los prestadores.

Artículo.- La Administración de los Servicios de Salud del Estado adecuará las prestaciones de Salud a las exigidas a las restantes instituciones integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud, en forma progresiva, no pudiendo exceder este período de adecuación al 31 de diciembre de 2009.

Artículo.- Créase el Seguro Nacional de Salud, el que será financiado por el Fondo Nacional de Salud creado por el artículo 1° de la Ley N° 18.131, de 18 de mayo de 2007, con cargo al cual se pagarán las cuotas salud que correspondan a los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.

A partir de la vigencia de la presente Ley, la Junta Nacional de Salud sustituirá al Banco de Previsión Social en la administración de dicho Fondo.

El Banco de Previsión Social recepcionará los aportes a que refieren los artículos siguientes de la presente Ley y efectivizará el pago de cuotas salud a los prestadores, de conformidad con las órdenes de pago que emita la Junta Nacional de Salud.

Artículo.- Los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud no podrán rechazar a ningún usuario amparado por el Seguro Nacional de Salud ni limitarle las prestaciones incluidas en los programas integrales de salud aprobados por el Ministerio de Salud Pública.

Artículo.- Los créditos de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, creada por Ley N° 18.161 de 29 de julio de 2007, con financiación 1.2 "Recursos con Afectación Especial" se ajustarán mensualmente de acuerdo al monto de la recaudación correspondiente a dicho organismo por concepto de cuotas salud, a cuyos efectos el administrador del Fondo Nacional de Salud remitirá la información necesaria al Ministerio de Economía y Finanzas.

Simultáneamente se reducirán los créditos correspondientes a la financiación 1.1 "Rentas Generales", en el

importe anualizado resultante a la variación mensual en el número de usuarios amparados por el Seguro Nacional de Salud inscriptos en el padrón de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, multiplicado por el costo promedio por usuario de dicho organismo. Dicho costo promedio será determinado por el Ministerio de Economía y Finanzas y el Ministerio de Salud Pública.

El Ministerio de Economía y Finanzas comunicará a la Contaduría General de la Nación el monto de las modificaciones presupuestales dispuesta en los incisos precedentes.

La Administración de los Servicios de Salud del Estado comunicará a la Contaduría General de la Nación y la Oficina de Planeamiento y Presupuesto la distribución a nivel de Unidad Ejecutora, grupo y objeto de gasto y proyecto de inversión, de las modificaciones presupuestales dispuestas en la presente norma, sin la cual no podrá ejecutar los créditos a que refiere el presente artículo.

Artículo.- Serán recursos del Fondo Nacional de Salud:

a) Aportes obligatorios de trabajadores y empresas del sector privado.

b) Aportes obligatorios de los trabajadores del sector público incorporados al Seguro Nacional de Salud.

c) Aportes del Estado sobre la masa salarial que abone a sus dependientes incorporados al Seguro Nacional de Salud.

e) Aportes obligatorios de pasivos.

f) Aportes obligatorios de personas físicas que no queden incluidas en los incisos anteriores.

h) El porcentaje previsto en el artículo 21/1 de la presente Ley.

i) Otros que pudieran corresponderle por aplicación de disposiciones legales o reglamentarias.

j) Las rentas generadas por sus activos, de acuerdo a lo que establezca la reglamentación.

Autorízase al Poder Ejecutivo en acuerdo con el Ministerio de Economía y Finanzas a atender las insuficiencias financieras del Fondo Nacional de Salud debidamente justificadas.

Artículo.- El Estado y las empresas privadas, aportarán al Fondo Nacional de Salud un 5% (cinco por ciento) del total de las retribuciones sujetas a montepío que paguen a sus trabajadores amparados por el Seguro Nacional de Salud y los complementos de cuota salud que correspondan por aplicación del artículo 338 de la Ley N° 16.320, de 1° de noviembre de 1992.

Los trabajadores públicos y privados aportarán un porcentaje de sus retribuciones dentro de los que se computarán los aportes ya previstos en las Leyes Nos. 14.407, de 22 de julio de 1975 y 18.131, de 18 de mayo de 2007, de acuerdo al siguiente detalle:

a) 6% (seis por ciento) si las retribuciones superan 2.5 BPC (dos con cinco Bases de Prestaciones y Contribuciones) mensuales y tienen a cargo hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidades, incluyendo a los del concubino.

b) 4.5% (cuatro con cinco por ciento) si las retribuciones superan 2.5 BPC (dos con cinco Bases de Prestaciones y Contribuciones) mensuales y no tienen a cargo hijos menores de 18 años ni mayores de esa edad con discapacidades, incluyendo a los del concubino.

c) 3% (tres por ciento) si las retribuciones no superan 2.5 BPC (dos con cinco Bases de Prestaciones y Contribuciones) mensuales, con independencia de que tengan o no a cargo hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidades, incluyendo a los del concubino.

Para el caso de los trabajadores públicos y otros dependientes del Estado, incorporados al Seguro Nacional de Salud será de aplicación lo dispuesto por el artículo 4° de la Ley N° 18.131, más un porcentaje adicional de sus retribuciones cuando sus ingresos superen 2.5 BPC mensuales (dos con cinco Bases de Prestaciones y Contribuciones), de acuerdo al siguiente detalle:

a) 3% (tres por ciento) si tienen a cargo hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidades, incluyendo los del concubino.

b) 1,5% (uno con cinco por ciento) si no tienen a cargo hijos menores de 18 años ni mayores de esa edad con discapacidades, incluyendo los del concubino.

Los aportes referidos en este artículo, al igual que el derecho a recibir atención integral de salud a través de los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, regirán a partir del 1° de enero de 2008.

Artículo.- Los trabajadores incorporados al Seguro Nacional de Salud que se acojan al beneficio de la jubilación continuarán amparados por el mismo y realizado los aportes determinados en los Artículos ... y ... de la presente Ley, según corresponda a la estructura de su núcleo familiar.

El usufructo del derecho previsto en el presente artículo será optativo para quienes justifiquen el acceso, por otros medios, a cobertura de salud de un nivel similar a la que brinda el Sistema Nacional Integrado de Salud, no quedando exonerados de realizar los aportes correspondientes.

Artículo.- Los jubilados que se desempeñaron como no dependientes en actividades amparadas por el Banco de Previsión Social, cuyo haber jubilatorio total no supere la suma de 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales y que además integren hogares donde el promedio de ingresos por todo concepto, por integrante no supere la suma de 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales, podrán optar por ingresar en el Seguro Nacional de Salud, aportando un 3% de su pasividad a partir del primero de enero de 2008.

Artículo.- Los aportes a que hacen referencia los Artículos ... y ... de la presente Ley darán derecho a los hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidades, incluyendo los del concubino a cargo de los usuarios amparados por el Seguro Nacional de Salud, a recibir atención integral en salud a través de los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Los padres elegirán para ellos el prestador público o privado que estimen conveniente, en acuerdo con el Artículo 48 de la presente Ley e independientemente de aquel al que ellos estén incorporados. En caso de fallecimiento de los progenitores o de disolución de la pareja parental por separación o divorcio, realizará la elección de la entidad quien detente su guarda o tenencia. Para los que están sujetos a tutela o curatela, los tutores o curadores elegirán la entidad atendiendo a las necesidades particulares de los mismos.

Artículo.- Todas las personas que dejen de cumplir las condiciones para ampararse al Seguro Nacional de Salud podrán optar por continuar inscriptos en los padrones de los mismos prestadores, pagando directamente por los servicios de atención integral de salud que reciban, no pudiendo ser rechazados en sus padrones.

Artículo.- Los trabajadores públicos y privados y los jubilados que se incorporen al Seguro Nacional de Salud al amparo de lo previsto en el artículo... de la presente Ley que tengan cónyuge o concubino a cargo, aportarán un 2% (dos por ciento) adicional de sus retribuciones para incorporar a los mismos a dicho Seguro, lo que les dará derecho a recibir atención integral en salud a través de los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.

La incorporación de cónyuges y concubinos y el inicio del aporte previsto en el inciso precedente se realizarán teniendo en cuenta el número de hijos menores a cargo, de acuerdo al siguiente cronograma:

Año 2010: cónyuge o concubino del aportante con 3 o más hijos menores de 18 años a cargo.

Año 2011: cónyuge o concubino del aportante con 2 hijos menores de 18 años a cargo.

Año 2012: cónyuge o concubino del aportante con 1 hijo menor de 18 años a cargo.

Año 2013: cónyuge o concubino del aportante sin hijos menores de 18 años a cargo.

Artículo.- Facúltase al Poder Ejecutivo a postergar las fechas de ingreso establecidas en la presente Ley, siempre que fuera necesario para asegurar la sostenibilidad de las cuentas públicas. El Poder Ejecutivo deberá informar de ello al Poder Legislativo con una antelación mínima de 120 días previos al 1° de enero de cada uno de dichos años.

Artículo.- Estarán exceptuados de realizar los aportes determinados en el Artículo... las personas a que refiere el Artículo 18 de la presente Ley en tanto permanezcan en la misma institución. Si tuvieren a cargo hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidades, incluyendo los del concubino, aportarán el 3% (tres por ciento) de sus retribuciones. De tener cónyuge o concubino a cargo aportarán 2% (dos por ciento) de sus retribuciones, de acuerdo al cronograma previsto en el Artículo... de la presente Ley.

Artículo.- Quedarán incorporados al Seguro Nacional de Salud a partir del 1° de enero de 2008 -además de los comprendidos en lo dispuesto en el artículo 2° de la Ley N° 18.131- los funcionarios del Inciso 12 “Ministerio de Salud Pública”; del Inciso 16 “Poder Judicial”, del Inciso 25 “Administración Nacional de Educación Pública”, del Inciso 26 “Universidad de la República”, del Inciso “Administración de los Servicios de Salud del Estado”, del Poder Legislativo, los Legisladores y los funcionarios de los organismos públicos nacionales, con excepción del Inciso 03 "Ministerio de Defensa Nacional" e Inciso 04 "Ministerio del Interior".

Los créditos presupuestales habilitados para financiar regímenes propios de cobertura médica a quienes resulten beneficiarios del Seguro Nacional de Salud por aplicación del inciso precedente, financiarán los aportes establecidos en la presente Ley, de acuerdo a lo que determine la reglamentación.

Artículo.- Los trabajadores comprendidos en el régimen de Cajas de Auxilio o Seguros Convencionales que funcionen al amparo del Artículo 41 de la Ley Nº 14.407 y aseguren a sus beneficiarios cobertura integral de salud en un nivel no inferior al establecido por la presente Ley, se incorporarán al Seguro Nacional de Salud no más allá del primero de enero de 2011. Hasta ese momento, continuarán rigiéndose por las disposiciones legales y reglamentarias que le son aplicables.

Artículo.- Los profesionales universitarios que perciban total o parcialmente ingresos fuera de una relación de dependencia, realizarán los aportes personales sobre sus ingresos reales de acuerdo a lo establecido en los Artículos... y ... de la presente Ley y los complementos de cuota salud que correspondan por aplicación del artículo 338 de la Ley Nº 16.320.

Dichos aportes, así como su incorporación al Seguro Nacional de Salud cuando no fueren beneficiarios del mismo, regirá a partir de enero de 2011 y se realizará en la forma que determine la reglamentación.

Artículo.- Facúltase al Poder Ejecutivo a incluir a los funcionarios de los Gobiernos Departamentales en el régimen previsto en la presente Ley, realizando los aportes previstos en los Artículos...

Artículo.- El Fondo Nacional de Recursos mantendrá su autonomía administrativa en los términos de la Ley N° 16.343, de 24 de diciembre de 1992 y demás disposiciones aplicables. Los aportes a que refieren los literales a, b y c del artículo 3° de la Ley N° 16.343, serán sustituidos por una cuota única por cada beneficiario del Sistema Nacional Integrado de Salud que la Junta Nacional de Salud le reembolsará.

Artículo.- Los beneficiarios del Sistema Nacional Integrado de Salud no incluidos en el régimen de esta Ley seguirán abonando directamente a sus respectivos prestadores por los servicios de salud que reciban.

Artículo.- Hasta la instalación de la Junta Nacional de Salud, las funciones que se le atribuyen a la misma serán ejercidas por el Ministerio de Salud Pública y el Banco de Previsión Social, según corresponda.

Artículo.- La presente Ley regirá a partir del 1° de enero de 2008.

Jorge Lepra, Azucena Berrutti, José Mujica, Héctor Lescano, Miguel Fernández Galeano, Daisy Tourné, Jorge Brovetto, Danilo Astori, Víctor Rossi, Eduardo Bonomi, Mariano Arana, Marina Arismendi, Bernabela Herrera."

- Continúa en el uso de la palabra la señora Senadora Xavier.

SEÑORA XAVIER.- Señor Presidente: las Comisiones de Salud Pública y de Hacienda del Senado traen a consideración del Cuerpo el proyecto de ley de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, remitido en marzo de 2007 por el Poder Ejecutivo y modificado por la asesora de Salud integrada con Hacienda. Durante doce sesiones fueron recibidos en forma conjunta los Ministros de Salud Pública y de Economía y Finanzas, con sus respectivos equipos de asesores y, además, concurrieron trece delegaciones representativas de diferentes sectores vinculados a la salud. Más adelante, cuando abordemos los contenidos de los diferentes capítulos, detallaremos los aportes recibidos. Asimismo, debemos destacar que haremos mención a las modificaciones que la Bancada oficialista anunció que traería a Sala en la última sesión de la Comisión; precisamente, las modificaciones constan en el repartido que en este momento está siendo distribuido.

El proyecto de ley que está a nuestra consideración forma parte de la reforma de la salud, definida en los artículos 264 y 265 de la Ley Nº 17.931, de Presupuesto Nacional, y es uno de los tres pilares legislativos con iniciativa del Poder Ejecutivo, a los que se agrega el proyecto del compañero señor Senador Cid sobre derecho de los usuarios, que este Cuerpo aprobó y que está a consideración de la Cámara de Representantes. Hacemos referencia a las Leyes Nº 19.131, de creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y Nº 18.161, de descentralización de los servicios de ASSE.

En el artículo 264 del Presupuesto Nacional se definía la implementación por parte del Ministerio de Salud Pública, de un Sistema Nacional Integrado de Salud, con el objetivo de establecer la atención integral a todos los habitantes residentes en el país, garantizando su cobertura equitativa y universal; por ello definimos las disposiciones de la presente iniciativa como de orden público e interés social.

- El sistema propuesto se articulará sobre la base de la complementación público-privada, rescatando los mejores rasgos y los legados fundacionales de los actuales subsistemas a integrar para enfrentar los nuevos desafíos sanitarios del siglo XXI. En el mundo, está incorporada hoy a la agenda de debates la preocupación sobre cómo lograr mejores sistemas de salud, de modo de alcanzar algunos indicadores sanitarios; cabe aclarar que estos debates se suceden en los Estados Unidos, en la Argentina y en el Reino Unido, entre otros países.

Es oportuno mencionar que en recientes visitas a nuestro país, la doctora Margaret Chan, Directora General de la OMS, y la doctora Mirta Roses, Directora General de la Organización Panamericana de la Salud, han destacado que este Gobierno comprende lo que tiene por delante en materia de políticas de salud, como son la coherencia en la gestión de la salud pública, la necesidad de disminuir la fragmentación de los servicios y aumentar la inclusión social para mejorar la calidad de vida del conjunto de la población. En su reciente visita, la doctora Chan manifestó que un país que enfrenta el desafío de mejorar la calidad sanitaria a su población, es un país valiente.

Estos nuevos desafíos sanitarios involucran, entre otros, el fenómeno demográfico caracterizado por el envejecimiento poblacional y sus patologías asociadas: las enfermedades crónicas vinculadas a los estilos de vida y una reemergencia de patologías transmisibles vinculadas a la concentración de la pobreza y exclusión social en niñas, niños y adolescentes, que lamentablemente este país aún tiene y que implica que uno de cada dos niños o adolescentes estén bajo la línea de pobreza. Los mismos exigen una respuesta y un esfuerzo colectivo para poner al sistema de salud que estamos creando, al servicio de las necesidades sanitarias de nuestra población. Estos procesos, por más profundos que sean y movilizadores en materia estructural, no nos deben llevar la vida porque, sin duda, llevarían la vida de mucha gente.

Las necesidades planteadas, para ser atendidas con eficacia requieren, como refiere el artículo 264 del Presupuesto Nacional, un cambio del modelo de atención orientado a potenciar la atención integral que, en el marco de la estrategia de la atención primaria de salud, privilegie el primer nivel de atención.

El sistema complementará los servicios públicos y privados de forma de alcanzar la atención integral y de calidad adecuada a todos los habitantes, utilizando racionalmente los recursos existentes, que no son pocos, superando ineficiencias por descoordinaciones y superposiciones. Ese es un debate sobre el cual habrá muchas opiniones pero, sin duda, no gastamos poco y hay consenso en que gastamos mal. Cuánto deberíamos gastar, es algo que debemos determinar permanentemente porque, como decíamos, los desafíos sanitarios nos obligan a estar en un permanente monitoreo de un área en donde inducir demanda y elevar los costos de manera sideral, no es cosa tan difícil. Por el contrario, está comprobado que es bastante fácil de hacer.

También se busca garantizar progresivamente el acceso universal a los servicios integrales de salud orientados por principios de equidad, continuidad, oportunidad, calidad y atención humanitaria avanzada en trabajos de equipos interdisciplinarios, gestionados de manera democrática, con participación social, eficiencia social y económica, basados en una fuerte centralización normativa y una amplia descentralización en la ejecución. Me detengo y pongo énfasis en estas palabras porque son clave en el armado de este sistema: un papel rector de la autoridad sanitaria fortalecida y un papel, en la ejecución, descentralizado al máximo de las posibilidades.

Esta es una reforma capilar, intersticial, que llega hasta la última de las personas de cada rincón del país. Al menos eso es lo que nos proponemos los políticos que recorremos el país a lo largo y ancho y muchas veces, en algunas zonas, encontramos a la gente muy alejada de las posibilidades de una atención adecuada.

El Sistema Nacional Integrado de Salud será financiado por un Seguro Nacional de Salud, como lo define el artículo 265 del Presupuesto Nacional. Contará con un fondo público único y obligatorio constituido por los aportes del Estado, de las empresas públicas y privadas y de las personas beneficiarias del sistema. Podrán integrarlo las Instituciones de Asistenta Médica Colectiva previstas en el artículo 6º del Decreto Ley Nº 15.181, de 21 de agosto de 1981, y sus modificativas, así como las instituciones de asistencia médica privadas particulares sin fines de lucro. También lo conformarán los seguros integrales autorizados y habilitados por el Ministerio de Salud Pública, al amparo de lo dispuesto por el artículo 3º del Decreto Ley Nº 15.181, que operen bajo algunas de las formas jurídicas previstas en la Ley Nº 16.060, sin perjuicio de la libre contratación garantizada en este proyecto de ley.

El diseño apunta a que el seguro sea funcional al sistema en la medida en que si se mejora el financiamiento pero no ocurre lo propio con el resultado del sistema de salud y, por ende, de las instituciones públicas y privadas que lo componen, sería pensar en una reforma meramente economicista cuando en realidad su principal objetivo, reitero, apunta a mejorar la salud de la población.

En el Uruguay el sector de la salud se caracteriza por tener una amplia variedad de prestadores de servicios, cuya naturaleza jurídica y forma de financiamiento también es variada y torna compleja la reforma, que necesariamente implicará un proceso, evaluaciones y ajustes sucesivos en el tiempo. Ninguna reforma de esta naturaleza y profundidad se hace de un día para el otro, así como tampoco en un acto administrativo ni legislativo, sino que lleva años. Es un proceso que hemos visto en la reforma que han encarado muchos países. En las etapas preelectorales, cuando discu-

tíamos estos temas, sin duda sabíamos que una reforma de esta naturaleza debía convocar a los más amplios sectores para promover su intento, pero que además no se completa en un único período de Gobierno, sino que se sientan sus bases más sólidas en una Administración. Ese es uno de los temas por lo cuales hoy se plantea este proyecto de ley.

Existen dos subsectores, uno público y otro privado, con grandes desigualdades dentro de uno de ellos: en los gastos por usuario, en la remuneración de sus trabajadores, en el estado de sus plantas físicas, en la dotación tecnológica, en la accesibilidad a la atención y en la oportunidad de ella. Sin embargo, estas desigualdades no sólo se dan a la interna de cada subsector, sino también entre el público y el privado. Sin duda que la mejoría de alguna de estas áreas específicas implica grandes desafíos. Pensemos que la planta física de nuestro subsector público, que ofrece grandes garantías por estar distribuido a lo largo y ancho del país, son dos "ciudades viejas"; ponerla a punto no es cosa fácil.

Reiteramos que estas ventajas y desventajas se registran al interior de cada subsector y, por tanto, entre ambos -como ya decíamos-, hecho que fundamenta la necesidad de la complementariedad para revertir de mejor forma estas inequidades. La salud es un derecho humano fundamental, de cuya efectiva protección debe responsabilizarse el Estado, creando las condiciones para que toda la población residente en el país tenga acceso a servicios integrales de salud. Este es un concepto que supera lo preceptuado en el artículo 44 de la Constitución de la República y que deberíamos considerar oportunamente. La salud es un derecho humano inalienable, un bien social a ser garantizado por el Estado. Es esta una concepción y un compromiso que este Gobierno ha asumido en forma explícita y que inspira la reforma planteada y el proyecto de ley que hoy estamos considerando. Se trata de garantizar el derecho de todos los habitantes a una atención de salud integral, eficiente, impregnada de humanismo, desarrollada a través de un equipo de salud científica y laboralmente capacitado y estimulado.

En sus orígenes -hace más de ciento cincuenta años- teníamos un sistema de salud colectiva de fuerte implantación social, que promovía la participación colectiva de los usuarios y de sus trabajadores. En ese sentido, la propuesta busca, entre sus objetivos, reformular para todas las instituciones las históricas relaciones entre los ciudadanos, las organizaciones de la sociedad civil y el Estado.

El sistema tenía un financiamiento de acuerdo con niveles de ingreso -es decir que muy poco tenía que ver con las cuotas indiferenciadas que desde hace años sufrimos- basado en la solidaridad intergeneracional y en que la persona sana cubría al paciente enfermo. Se trata de un sistema que privilegiaba la calidad y la administración cuidadosa de los recursos, ajustado a las necesidades sanitarias de la población y que reinvertía sistemáticamente en infraestructura, en equipamiento, en educación y en la formación de los trabajadores, con servicios públicos de asistencia gratuita que funcionaban como el complemento del subsector mutual. Por su parte, el Ministerio de Salud Pública alentaba la autorregulación de la profesión médica y de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva -las IAMC-, códigos de conducta altamente respetados que lograban un ejercicio de la profesión que gozaban de enorme prestigio social y, también, empresas de salud con fuerte vocación de servicio sanitario a la comunidad.

Los programas básicos de salud pública lograban un alto impacto en una estructura demográfica y epidemiológicamente específica, con una población joven, alta fecundidad, expectativa de vida creciente, amplia cobertura en inmunizaciones que nos destacaba en la región y en el mundo, así como programas de vivienda y saneamiento esenciales, externalidades que impactan decisivamente en el sistema de salud y en la calidad de vida de nuestra gente. El mercado de trabajo en salud registraba niveles de remuneración dignos, bajo multiempleo, gran dedicación y alto compromiso con la función.

Con el paso del tiempo, la falta de políticas sanitarias explícitas por parte del Estado dio paso a una versión mercantilizada de la salud, asimilando calidad de atención a un modelo de desarrollo tecnológico que ha demostrado en todo el mundo que no resuelve los problemas de salud a la vez que aumenta los costos. Esta situación fue consolidando en nuestro pasado más reciente un modelo de atención centrado en la enfermedad, en la atención hospitalaria o sanatorial por sobre el primer nivel de atención, en la atención basada exclusivamente en el médico especialista y no en el equipo de salud, con consecuentes altos costos en tratamientos, rehabilitación y cuidados, así como tratamientos descritos en la literatura médica contemporánea con el nombre de "encarnizamiento terapéutico". Esto determina que en los últimos días el sistema utilice más recursos que los que ofrece durante toda la vida de esa persona, tema que describía el señor Senador Cid en el proyecto que ya aprobamos. Eso implica tener las cosas exactamente al revés.

A lo anterior se suma la comentada duplicación, dispersión y subutilización de los recursos disponibles a lo largo y ancho del país, que están hiperconcentrados en Montevideo y en las capitales de los departamentos. Este tema lo conocen muy bien los ciudadanos del interior y, particularmente, los del interior profundo. Ante esta realidad se aconseja la necesaria instrumentación de una reforma cuyas bases sean legalmente definidas, junto con las responsabilidades de las autoridades.

Sin duda, esta reforma comenzó el primer día de esta Administración y cuenta con innumerables decisiones administrativas de enorme valor sanitario. Asimismo, existen marcos legales imprescindibles para que una reforma de esta naturaleza sea sostenible y cuente con certeza para todos sus protagonistas. Estamos hablando de una reforma que asegure progresivamente el acceso universal a servicios integrales de salud orientados por principios de equidad, oportunidad, continuidad, atención humanitaria y de calidad.

Debemos apuntar al trabajo en equipo y la interdisciplinariedad. Hoy el conocimiento no admite las modalidades de atención unipersonal. Hoy la multidisciplinariedad y la interdisciplinariedad son necesarias para dar respuestas oportunas que, en materia de salud, hacen a la cosa.

Como decíamos, se debe contar con una centralización normativa y descentralización en la ejecución, así como con eficiencia social y económica y una gestión democrática con participación social y derecho del usuario a la decisión informada sobre su situación, aspecto que vimos en el proyecto que anteriormente aprobamos. Hablamos de la eficiencia social y económica porque esta reforma, que concebimos como un proceso gradual, tiene que acotar su segundo escalón una vez que el primero esté firme. De no actuar así, la reforma no sería sostenible y sería una irresponsabilidad nuestra estarla planteando.

Consideramos necesario superar una realidad llena de inequidades que todos conocemos y reconocemos como injusta, inadecuada y a la que todos vemos como generadora de insatisfacciones y peligrosamente deshumanizada. Más allá de que los medios ayudan a difundir muchas de las situaciones que antes no tenían visibilidad mediática, es cierto que estas cosas están ocurriendo y que de ellas muchos protagonistas de la salud nos advirtieron en legislaturas pasadas. Ya se nos había advertido que lo distorsionado del sistema ponía en riesgo -no lo justificaba- que estas cosas se fueran dando. Esta realidad se ha desarrollado limitándose a dar respuestas parciales y fragmentadas, cuando no burocráticas. En este sentido debemos mencionar el peso de las enfermedades crónicas no transmisibles, que requieren de un seguimiento y control para disminuir los factores de riesgo conocidos -esto se hizo con el tema del consumo de cigarrillos-; el diagnóstico oportuno del cáncer, que es la segunda causa de muerte en nuestro país; así como la prevención de accidentes en la vía pública -tercera y segunda causa de muerte, según los segmentos de la población que se consideren- y en el hogar. Esto exige una educación para la salud y un trabajo en equipo para disminuir las conductas de riesgo, como ser, no beber alcohol cuando se conducen vehículos, tema muy discutido con motivo de la consideración de otra norma tratada en esta Legislatura. También es importante el uso del casco cuando se conducen motos o similares, para evitar traumatismos de cráneo.

Se trata de prevenir y promover la salud, porque estamos comprometidos a mejorar la salud de nuestra gente. Sin embargo, tenemos un sistema asistencial que, salvo excepciones, sólo está preparado para tratar la enfermedad. Esto no lo decimos nosotros, sino que desde hace años los aquí presentes y nuestras agrupaciones políticas nos hemos comprometido a modificar el sistema en los períodos preelectorales. Ahora tenemos la oportunidad de hacerlo, pero no se trata de administrar la crisis del sector y de las instituciones -esa que venimos tratando de estabilizar año tras año-, ni de seguir pensando en una salud para pobres y otra para no tan pobres. Como dije, ahora tenemos la oportunidad de construir un sistema de salud a la uruguaya, rescatando las mejores tradiciones de nuestros dos subsectores.

Vinculado al tema del acceso a los servicios de salud está el de la realidad de los tiques y los copagos que, por su carácter recaudador, muchas veces limitan el acceso oportuno a la atención médica. Seguramente, cuando se pensó en esta forma de moderación -no de recaudación- se creyó que con ello se iba a mejorar la economía de las instituciones, pero fue un error. A pesar de los tiques, se concretó el cierre de ocho instituciones durante la pasada Administración y se puso en riesgo el esfuerzo y la actividad de muchas otras mutualistas, cooperativas de asistencia de salud y hasta de los servicios públicos, que se vieron desbordados por el corrimiento de la población que allí se fue a asistir. Luego, con la crisis de 2002, se sumaron a la cobertura pública miles de usuarios más. Trabajadores de la salud, tanto médicos como no médicos, procuraron, junto a los usuarios, sostener las instituciones con invalorable esfuerzo, enfrentando las dificultades. Se desarrollaron formas de asistencia solidaria y muchas Intendencias asumieron roles de atención sanitaria en sus comunidades.

Esta realidad, que todos debemos recordar para que no vuelva a suceder, requiere de un abordaje sistémico que comprenda y priorice la complementación, y que supere escenarios simplistas de mera competencia entre las instituciones por captar usuarios y socios. La competencia es sana cuando se genera a fin de lograr diferenciales de calidad en la atención, entendida esta por indicadores sanitarios objetivados y señalados para que la población los conozca a través de la autoridad sanitaria. Esto se ve en otros países, donde en la propia página web de los Ministerios de Salud aparecen indicadores y la población puede elegir dónde atenderse, en función de una información calificada y auditada. Esa competencia es sana y buena, y a ella debemos agregarle el resultado de administrar bien los recursos, evitando despilfarros y apostando a la coordinación e integración asistencial.

La integración asistencial debe concebirse como un proceso dinámico a partir de la construcción de redes de atención de primer nivel. Se debe generar un sistema de referencia y contrarreferencia que siempre tenga en cuenta al usuario, evitando desplazamientos innecesarios y seguir construyendo estructuras sanitarias donde las hay o seguir sumando tecnologías en forma irracional. Lo anterior redunda en mala calidad, en costos y en burocracia ineficiente, que siempre terminan pagando los ciudadanos y los trabajadores de la salud.

No debemos esperar a que la realidad se deteriore aún más porque, como lo dijimos en innumerables oportunidades, no debemos construir el sector salud sobre sus escombros. Como lo hicimos desde el primer día de esta Administración, debemos abocarnos a recuperar lo mejor de nuestras capacidades para crear un verdadero sistema. Para ello se necesita voluntad política, liderazgo para los cambios y

consultar a los involucrados mediante la implementación de Consejos Consultivos nacionales y departamentales. La mayoría de estos últimos ya están funcionando, reconociendo la resistencia que todo cambio genera. Estas son condiciones que hay que administrar con mucha entereza y coraje, sumando una necesaria acumulación comunicacional e institucional y apostando a una mejor gestión de lo público, de lo privado y, particularmente, de lo estatal, dado el papel que se le asigna al Ministerio de Salud Pública en todo el proyecto para concretar una reforma de esta magnitud.

Los sistemas que hoy funcionan con mayor éxito en el mundo se han orientado a alcanzar un nivel de complementación y articulación entre los distintos actores, a la vez que minimizaron el despilfarro de recursos que surge de la superposición y el aumento de los gastos, por mala gestión e ineficiencia muchas veces vinculadas a los intereses en juego.

Repito que el objetivo perseguido no se alcanza con lograr dos buenos subsistemas; lo que pretendemos es un sistema integrado. Cómo lograr generar políticas de integración asistencial es uno de los grandes desafíos de esta reforma. Una serie de convenios firmados y otros en marcha dan cuenta de cómo se viene construyendo el sistema. Nos referimos a convenios de complementación de servicios de base territorial -especialidades básicas, urgencias y emergencias- y convenios de servicios complementados a través de los cuales, en un mismo local, varias instituciones acuerdan utilizar recursos humanos, materiales y tecnológicos. Ejemplo de ello son los convenios interrelacionando la atención pública y privada en beneficio de la población, que ya se están llevando a cabo en Villa Garzón -Maldonado-, en Mal Abrigo -San José-, en Isidoro Noblía -Cerro Largo-, en Young -Río Negro-, en Barrio Uruguay -Salto-, en barrios periféricos de Las Piedras -Canelones-, en Guichón -Paysandú- y en Durazno, Durazno.

Concebimos este sistema sustentado en tres pilares: un modelo de atención, un modelo de gestión y financiamiento de implementación simultánea y progresiva. Pretendemos un cambio en el modelo de atención que privilegie la prevención y la promoción en base a una estrategia de atención primaria en salud, con énfasis en el primer nivel de atención. Este cambio en el modelo de atención supone el fomento de hábitos saludables de vida, la protección frente a riesgos específicos, la capacidad de diagnosticar en forma precoz las enfermedades y la posibilidad de administrar el tratamiento eficaz y oportuno, incluyendo rehabilitación y cuidados paliativos. En el modelo de gestión, el cambio se concretará mediante la implementación de un sistema concebido como una articulación de servicios de salud públicos y privados integrados en forma de red en todos los niveles de atención, asegurando la coordinación y complementación de servicios. Se garantizará la profesionalidad, la transparencia y la honestidad en la conducción de las instituciones, como así también la participación activa de trabajadores y usuarios.

El cambio en el sistema de gasto y financiamiento en salud se basa en la justicia distributiva y se realizará mediante la creación de un Seguro Nacional de Salud que contará con un Fondo al que contribuirá tanto el Estado como las empresas privadas, en forma proporcional al personal a su cargo, los trabajadores, los pasivos y quienes perciban rentas, de acuerdo con sus ingresos, además de las partidas presupuestales que desde diversas fuentes se le asignen. Con cargo a este fondo, a los prestadores les serán pagados los servicios que brindan. A estos efectos, la unidad de medida será la cuota-salud que determinará el Poder Ejecutivo teniendo en cuenta, además de los elementos que la constituyen, los riesgos de diferentes sectores de población, que inicialmente se determinarán por sexo y edad de los usuarios, en tanto parecen ser los parámetros de mayor incidencia para definir esta cuota-salud. De esta manera, la relación de los últimos con su prestador se independizará del factor económico, sin perjuicio del pago de tasas moderadoras cuando corresponda, propiciando espacios de información y participación que contribuyan a racionalizar tanto el consumo de servicios de salud como la gestión de éstos.

Nos dirigimos hacia un modelo con un fondo único de salud, FONASA, por el cual todos los uruguayos, gradualmente, aportarán un porcentaje de sus ingresos, las empresas realizarán su aporte patronal correspondiente, el Estado aportará la diferencia y con ese Fondo de origen fiscal y ciudadano se pagará a los prestadores de acuerdo con la edad y el sexo de las personas que atiendan. Se trata de un sistema de gasto y financiamiento que asegura mayor equidad, solidaridad y sustentabilidad a través de un fondo único administrado centralmente, gestionado de forma transparente con participación social, como mecanismo clave en la introducción de prioridades sanitarias en la asignación del gasto en salud.

Pretendemos que todas las personas que residen en el país accedan a la misma calidad de atención, cualquiera sea el prestador y en todos los niveles, sin duplicación de servicios y sin las enormes erogaciones que serían necesarias para poner en pie de igualdad a los subsectores público y privado, que tienen una situación muy diferente en cuanto a recursos, aprovechando la capacidad instalada de ambos y potenciando sus fortalezas. También se busca simplificar la compleja red conformada por las diversas fuentes de financiamiento que coexisten actualmente y detrás de las cuales se esconden graves problemas de inequidad, así como reducir el peso relativo del pago directo, inabordable para sectores de escasos recursos económicos.

Como autoridad rectora, el Ministerio de Salud Pública asegurará que el Sistema Nacional Integrado de Salud se rija por las políticas, las directivas estratégicas, las normas y los programas nacionales. Ejercerá el contralor general del sistema en estrecha relación con la Junta Nacional de Salud que el proyecto de ley crea. Al efecto, el Ministerio de Salud Pública aprobará programas de prestación integrales dotados de indicadores de calidad y trazadores de resultados.

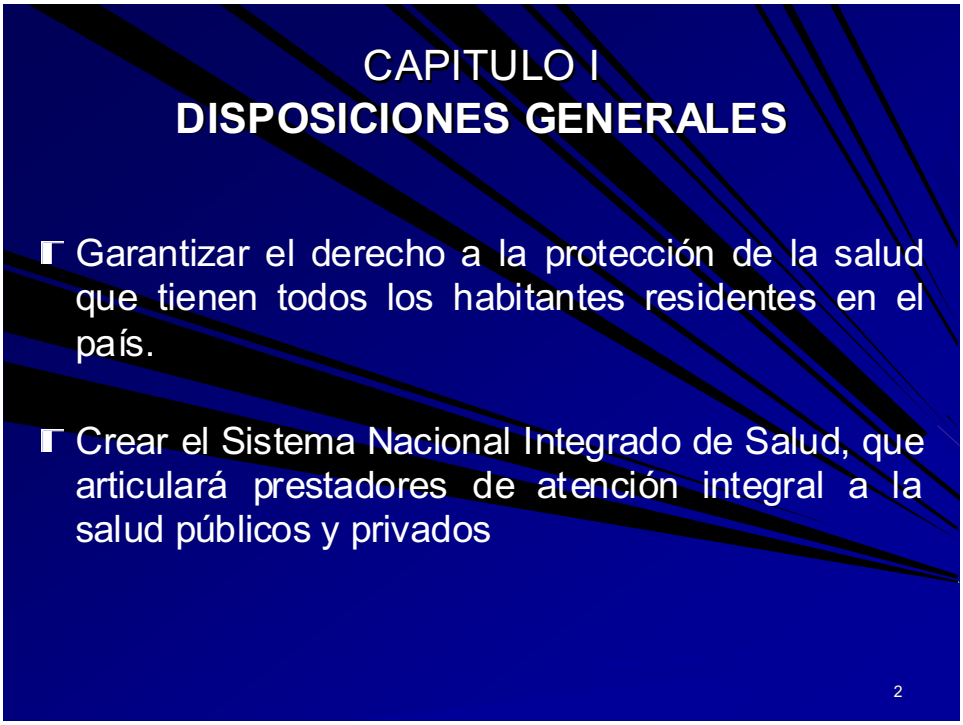
También llevará el registro y será responsable de la habilitación y acreditación de prestadores que no integran el sistema, competencia que le confiere la Ley Orgánica de Salud Pública Nº 9.202. Asimismo, creará un registro obligatorio para toda aquella tecnología orientada al diagnóstico y tratamiento que, por su complejidad y costo, entienda conveniente en una política nacional de tecnología, competencia inherente a su condición de autoridad sanitaria y modalidad que llevan adelante países del Primer Mundo. De igual forma, creará una política nacional de medicamentos promoviendo la accesibilidad, la calidad y su uso racional y sustentable.

Como decíamos, señor Presidente, otro pilar de la reforma es la participación activa, informada y organizada de los usuarios y trabajadores de la salud. Hoy, el multiempleo conspira contra los objetivos que una adecuada atención requiere. Asimismo, una reforma de esta naturaleza impone un desafío a quienes forman los recursos humanos en esta materia. Seguramente debamos discutir y adecuar, para que el primer nivel de atención alcance el grado de resolución que debe garantizar que más del 80% de las consultas sean resueltas en ese primer nivel de atención. Cabe destacar que hoy contamos con profesionales de la salud que, por lo menos, en un 80% tiene una especialización y más del 60% tiene dos especializaciones. Sin duda, esto habrá que estudiarlo a los efectos de que los recursos estén adecuados a los desafíos que cada uno de esos niveles de atención requiere.

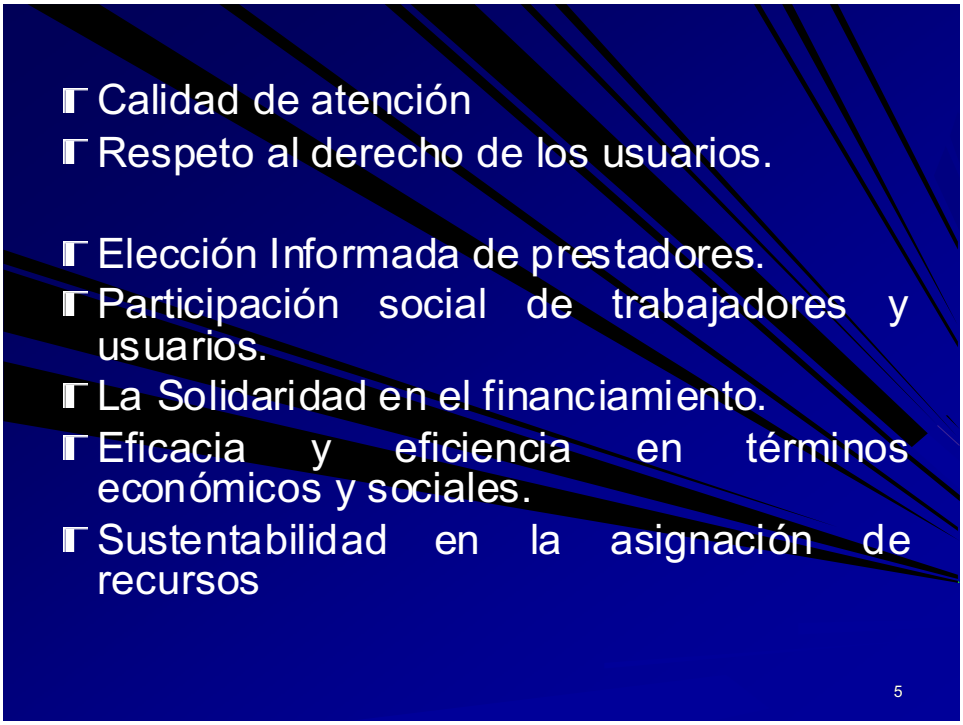
A través de esta reforma pretendemos construir un nuevo contrato social que comprometa a todos los ciudadanos en la tarea de reconstruir el sistema de salud uruguayo, que comience en lo individual con la reeducación de todas y todos como usuarios. La transición epidemiológica y demográfica que nuestro país ya cumplió, determina una fuerte carga de morbimortalidad vinculada a las enfermedades crónicas no transmisibles. Una serie de factores de riesgo vinculada a los estilos de vida, tal cual lo demuestra el resultado del estudio reciente elaborado en nuestro país a través de la encuesta nacional de factores de riesgo, señala que éstos están fuertemente incorporados a nuestra realidad sanitaria. En tal sentido, el 99% de los adultos tienen factores de riesgo. Recordemos que el Uruguay, desde el 1º de marzo de 2006, lleva la delantera habiendo sido el primer país de las Américas en lograr espacios cien por ciento libres de humo de tabaco y alcanzando, a través de la articulación pública y privada, más de 120 centros de cesación de tabaquismo.

La reforma debemos verla como un proceso que, habiendo comenzado desde el inicio de esta gestión, debe, a partir de la aprobación de esta ley y reglamentaciones mediante, generar una serie de cambios a varios niveles. Hablamos de cambios que esta fuerza política se comprometió a asumir en la campaña electoral y que no son fáciles ni mecánicos, pero imprescindibles para potenciar lo bueno y superar el déficit que tiene nuestro país.

A los efectos de dotar de sustento jurídico a las transformaciones antes referidas, el presente proyecto de ley se estructura en ocho capítulos: “Disposiciones Generales”, “Integración del Sistema Nacional Integrado de Salud”, “Junta Nacional de Salud”, “Red de Atención en Salud”, “Cobertura de Atención Médica”, “Usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud”, “Financiamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud” y “Disposiciones Transitorias”.



- En los cuatro primeros artículos del Capítulo I, "Disposiciones Generales", se desarrolla la filosofía de la reforma de la salud que aquí se propone, a través del reconocimiento expreso del derecho a la protección de la salud de todos los habitantes residentes en el país. A su vez, se establece la competencia del Ministerio de Salud Pública en la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud, las modalidades de acceso a los servicios integrales y los principios rectores y objetivos del mismo.



CAPITULO I
DISPOSICIONES GENERALES

Objetivos

- Alcanzar el más alto nivel de salud de la población.
- Implementar un modelo de atención integral
- Impulsar la descentralización de la ejecución en el marco de la centralización normativa.
- Organizar la prestación de los servicios.

6

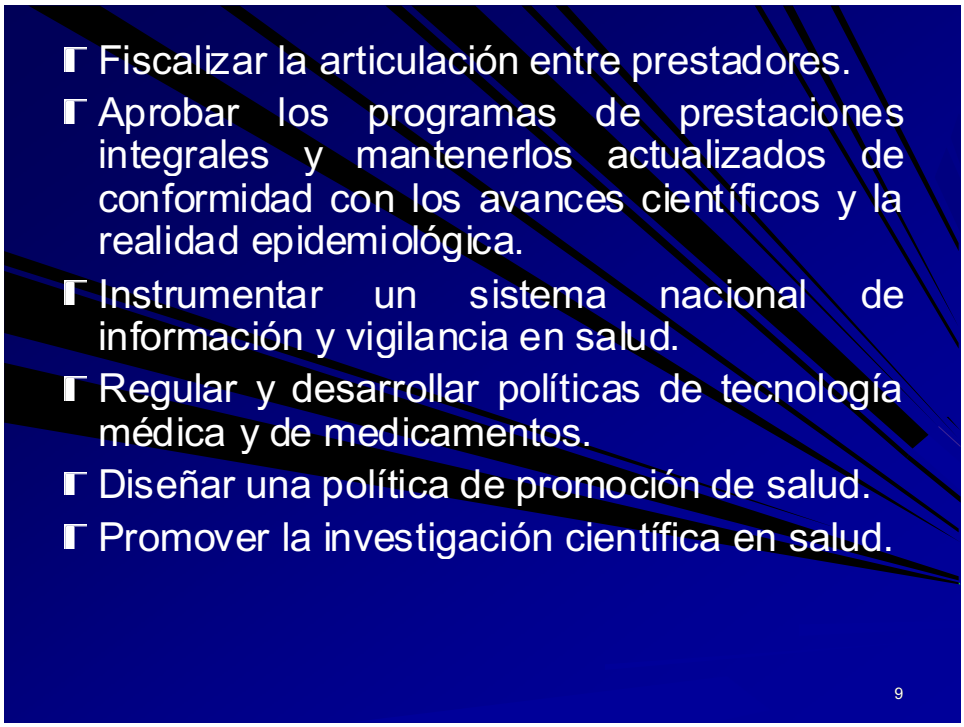
- Lograr aprovechamiento racional de recursos humanos, materiales y financieros.
- Promover el desarrollo profesional continuo.
- Fomentar la participación activa de trabajadores y usuarios.
- Establecer un financiamiento equitativo para la atención integral en salud.

7

- En el artículo 3º, referente a los principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud, el Plenario de las IAMC realizó oportunamente observaciones que fueron atendidas en la Comisión, por tratarse de las referencias que fueron caracterizadas acertadamente como medios. Tal como hemos señalado, haremos una reseña breve de aquellos aportes sugeridos por esas trece instituciones que comparecieron en las doce reuniones que la Comisión integrada llevó adelante, y que fueron de recibo de la misma e incorporadas al articulado.

En el literal f) del artículo 3º, entonces, se recoge la inquietud de la Comisión Nacional de Bioética y Calidad Integral de la Atención a la Salud, del Ministerio de Salud Pública, en el sentido de que, sin perjuicio de los aspectos técnicos, se deben respetar los principios de la Bioética y los derechos humanos de los usuarios.

En el literal c) del artículo 4º que trata los objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud, se recoge la inquietud planteada por el señor Senador Da Rosa, quien presidió la Comisión integrada. Cabe destacar aquí -al igual que lo hicimos en la Comisión- que la excelente presidencia que desarrolló el señor Senador nos permitió a todos lograr un intercambio muy fructífero. La preocupación del señor Senador Da Rosa refería a la coordinación entre dependencias nacionales y departamentales en el marco de la centralización normativa y de la descentralización de la ejecución. En el literal f) del mismo artículo, se recogen también algunas preocupaciones planteadas por la Universidad de la República, referentes a la promoción del desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la atención de la salud y de la investigación científica.



- En el artículo 5º se describen las competencias del Ministerio de Salud Pública que, entre otras, son la elaboración de las políticas, el registro y la habilitación de los prestadores, el control de la gestión sanitaria, contable y económico-financiera de las entidades, la aprobación de los programas de prestaciones integrales que deberán brindar los prestadores públicos y privados y el desarrollo de políticas de tecnología y medicamentos. Este fue un artículo muy discutido, en el que se introdujeron numerosos cambios, porque entendimos que el papel rector del Ministerio de Salud Pública no podía verse disminuido de ninguna manera. En el literal i) del mismo artículo se reafirma el planteo de la Universidad de la República con relación a la competencia del Ministerio en la promoción de la investigación científica en salud, en coordinación con otros organismos, uno de los cuales será la propia Facultad de Medicina. Este es un aspecto que hemos destacado siempre, como elemento esencial de la capacidad de desarrollo de nuestro país, tanto desde el punto de vista productivo, como de su capital humano, manteniéndolo en las mejores condiciones de salud.

Por el artículo 6º se establece que el Ministerio de Salud Pública creará un registro obligatorio de recursos de tecnología de diagnóstico y terapéutica de alto porte en los servicios de salud estableciendo, además, que toda nueva incorporación de tecnología deberá ser aprobada por el Ministerio de Salud Pública teniendo en cuenta la información científica disponible, la necesidad de su utilización y la racionalidad de su ubicación y funcionamiento. En este artículo se tuvo en cuenta la sugerencia de la Federación Médica del Interior en relación a acotar el registro obligatorio de recursos de tecnología a las de alto porte, es decir, a las de mayor costo y complejidad. El proyecto de ley original abarcaba a las de mediano y alto porte. Este es un tema en el que el Ministerio de Salud Pública ya tiene competencia, por su ley de creación, a efectos de llevar un registro de esta naturaleza, pero el país, para enfrentar los desafíos de mejoramiento tecnológico, debe tener -como se está planteando aquí- un acertado relevamiento de la ubicación territorial y de las condiciones en que se distribuye esa alta tecnología. Además, tenemos claro que, para lo que no es aparato, sino medicamentos hoy considerados como alta tecnología, la evidencia científica debe demostrarnos, al momento, que su integración es beneficiosa para la salud de la población.

El artículo 7º establece que la política nacional de medicamentos tendrá por objetivo la promoción de un uso racional y sustentable de los mismos y una prescripción de acuerdo al principio activo.

En el artículo 8º se recoge la propuesta de la Comisión Nacional de Bioética del Ministerio de Salud Pública, estableciendo que el Ministerio deberá garantizar el respeto a los principios de bioética -concepto superior al de ética- y a los derechos humanos, tanto en la calidad de la atención como en la incorporación y uso de tecnologías y medicamentos.

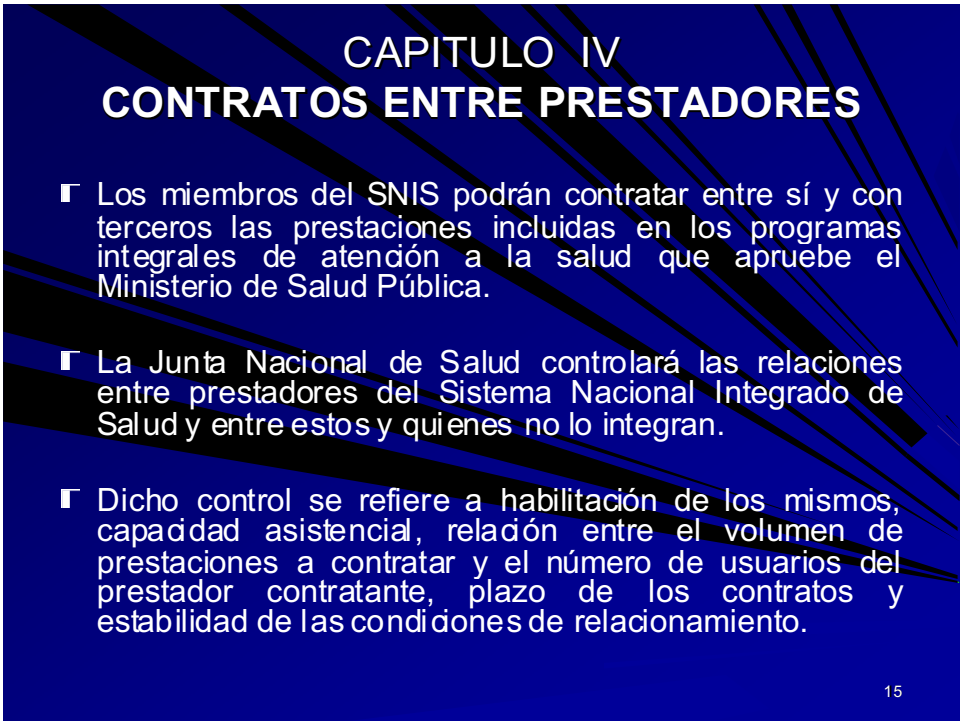
En el artículo 9º se refleja otra de las inquietudes manifestadas por el decanato de la Facultad de Medicina en relación a la obligación que tiene el Ministerio de Salud Pública, en coordinación con otros organismos competentes, de promover y evaluar el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos de las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado

de Salud, a efectos de responder a los principios rectores del mismo.

El artículo 10 incorpora una sugerencia del señor Senador Alfie en el sentido de ampliar la armonización intra-MERCOSUR a parámetros de calidad de bienes, servicios y factores productivos del área de salud y de los mecanismos de control sanitario.

- El Capítulo II, "Integración del Sistema Nacional Integrado de Salud", en su artículo 11, establece quiénes podrán integrar este Sistema. Ante una observación realizada por el Plenario de las IAMC, se reformuló este artículo para que se ajustara estrictamente a lo dispuesto en los artículos 264 y 265 de la Ley de Presupuesto Nacional, Nº 17.930.

Luego, en los artículos 12 al 14 se establecen los requisitos necesarios para integrar el Sistema: registro y habilitación del Ministerio de Salud Pública, incorporación de órganos asesores y consultivos representativos de sus trabajadores y usuarios y tener un Director Técnico. A su vez, se establece que la integración al Sistema tendrá carácter funcional, no modificando la titularidad de las instituciones, ni su autonomía administrativa.



- En el artículo 15 se dice que la Junta Nacional de Salud suscribirá un contrato de gestión con cada uno de los prestadores que se integre al Sistema Nacional Integrado de Salud, a fin de facilitar el contralor del cumplimiento de las obligaciones que se imponen por la presente ley. En este artículo se atendió una sugerencia de FEMI para que se hablara de contratos y no de convenios, a efectos de la formalización de las relaciones entre prestadores. En ese sentido, toda vez que el texto se refiera a los convenios, esta modificación se va a contemplar.

En el artículo 16 se establece que las entidades que se integren al Sistema Nacional Integrado de Salud se deberán ajustar a normas técnicas y a controles dictados por el Ministerio de Salud Pública.

En el artículo 17 se dispone que en los aspectos relacionados con la modificación de servicios, construcción o reforma de plantas físicas, así como con la adquisición, enajenación y cesión de bienes inmuebles y equipos sanitarios, se necesitará la debida autorización del Ministerio de Salud Pública, quien oirá al respecto a la Junta Nacional de Salud.

El artículo 18 refiere a los socios vitalicios actuales, estableciendo que de ahora en más no se aceptarán afiliaciones con ese carácter, pero reconociendo los derechos adquiridos de quienes hoy ostentan esa condición, al disponerse que ninguna institución podrá revocarla.

El artículo 19 establece que las prestaciones que apruebe el Ministerio de Salud Pública podrán requerir el pago de tasas moderadoras. Sabemos que este es uno de los temas que implicará políticas de atención y de modificación graduales. A sugerencia del Plenario de las IAMC se incorpora a este artículo la propuesta de limitar la facultad del Poder Ejecutivo a establecer sólo los montos máximos. Nuestra Bancada propone que el Poder Ejecutivo promueva su progresiva reducción para facilitar la accesibilidad en la atención a las enfermedades crónicas de mayor prevalencia, continuando con una política ya iniciada, por ejemplo, para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes -enfermedad y factor de riesgo de otras-, de enorme incidencia en nuestro país, así como otras políticas, que también se han decidido por actos administrativos, cuya generalización implicaría que fueran contempladas por esta norma legal que hoy discutimos, como lo son la serie de medicamentos que el Fondo Nacional de Recursos brinda a quienes han padecido un evento cardiovascular, y las policlínicas de asesoramiento para el mejor control de los factores de riesgo.

En el artículo 20 se establecen los alcances de la publicidad que podrán realizar los profesionales e instituciones, disposición que originó un gran debate porque roza aspectos muy complicados de legislar.

El artículo 21 refiere a que aquellas entidades que opten por no incorporarse al Sistema podrán seguir prestando servicios a sus usuarios mediante el régimen de libre contratación, con la habilitación que el Ministerio de Salud Pública, cumpliendo las normas de control sanitario establecidas, deberá otorgar. A iniciativa del señor Senador Alfie se ha quitado del artículo lo relativo al control económico financiero del Ministerio de Salud Pública sobre estas entidades privadas de atención a la salud que no se incorporarán al Sistema, quedando por tanto lo que tiene que ver con los aspectos asistenciales sanitarios.

Recogiendo un planteo con relación a los seguros integrales de salud, la Bancada propone en este Capítulo un aditivo -identificado con el número 21/1, que está en poder de los señores Senadores, porque ha sido incluido en el comparativo repartido- por el cual los usuarios que deseen permanecer en ellos puedan hacerlo, lo que permite dar respuesta a sus demandas sin generar un subsidio, ya que recibirán del FONASA la cápita correspondiente a su edad y sexo. Sin duda, esto contempla a un sector de la población, entre cincuenta mil y sesenta mil usuarios, que luego de haber ingresado en esos seguros integrales están conformes con el grado de atención que se les presta. Así, de alguna manera, no dejan de contribuir solidariamente con su aporte al FONASA, otorgándole este exclusivamente la cápita a la institución que cuente con ellos entre sus usuarios. En ningún caso el FONASA pagará un monto mayor al que recaude por usuario, siendo este el aporte personal y patronal.

CAPITULO III

JUNTA NACIONAL DE SALUD

Se crea la JNS como Organismo Desconcentrado

Cometidos :

- Administrar el Seguro Nacional de Salud
- Garantizar el cumplimiento de los principios rectores y objetivos del SNIS.

11

CAPITULO III

JUNTA NACIONAL DE SALUD

Estará integrada por 7 miembros:

- 2 designados por el MSP, uno de los cuales la presidirá; uno representando al MEF y un representando al BPS.
- 1 representante de los prestadores de servicios de salud que integren el SNIS.
- 1 representante de los trabajadores.
- 1 representante de los usuarios.

12

- El Capítulo III refiere a la propuesta de creación de la Junta Nacional de Salud y se establece su carácter jurídico de organismo desconcentrado, en cuyo Directorio coincidirán integrantes del Poder Ejecutivo, de los prestadores, de los trabajadores organizados y de los usuarios del sistema. Esta figura jurídica difiere de la contenida en el proyecto original aprobado en Comisión, en donde se establecía un carácter de organismo descentralizado. Algunos actores de la salud han dicho que esta es una reformulación que satisface y que da mayores garantías y contralor.

Atendiendo a una preocupación de la Federación Médica del Interior y del señor Senador Antía acerca de la posible superposición de competencias entre el Ministerio de Salud Pública y la Junta Nacional de Salud, se reformuló el artículo 23 acotando las potestades de la Junta a la administración del Sistema Nacional Integrado de Salud y a velar por el cumplimiento de sus principios rectores y objetivos, de conformidad con las políticas y normas que emanen del Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud Pública. Este aspecto de los eventuales superpoderes que la Junta podría tener fue muy debatido y creemos haber encontrado un punto medio por el que no disminuyan las competencias del Ministerio de Salud Pública y sí pueda gestionarse efectivamente, a través de la Junta, el nuevo sistema a crear.

Por otra parte, atendiendo también a una sugerencia del señor Senador Antía sobre las dificultades que supondrá la elección de los representantes sociales que integrarán el Directorio de la Junta Nacional de Salud, y con la intención de asegurar su mayor rotatividad y alternancia, en el artículo 25 se acotó la duración de sus respectivos mandatos a dos años.

En concordancia con el cambio de figura jurídica propuesta, los artículos 24 y 25 sustitutivos establecen que el Directorio de la Junta estará compuesto por siete miembros: cuatro en representación del Poder Ejecutivo, uno de los cuales lo presidirá, y tres en representación de los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, de sus trabajadores y usuarios, a razón de uno por cada sector. Asimismo, su forma de designación y elección se remite a la reglamentación.

En el artículo 26 se establece que la Junta contará con Consejos Asesores Honorarios Departamentales o Locales, con funciones de asesoramiento, proposición y evaluación en sus respectivas jurisdicciones, y con representación de los prestadores que integren el Sistema, sus trabajadores y usuarios. Lo anterior asegura que no estaremos creando una superestructura costosa y burocrática. Se trata de dar cristalinidad al manejo de los recursos económicos, aprovechando la experiencia acumulada por el Banco de Previsión Social, entre otros organismos del Estado.

En el artículo 27 que nuestra Bancada propone sustituir, se definen las competencias de la Junta. En el artículo 28, para el cual proponemos una redacción sustitutiva, se establecen las competencias de su Presidente.

El artículo 29 refiere a normas de su funcionamiento.

Dado el cambio de la naturaleza jurídica que tiene la Junta, proponemos que los artículos 30, 30/1 y 30/2, que por error fueron incluidos, se sustituyan por tres aditivos que se ajustan, precisamente, a la naturaleza jurídica de organismo desconcentrado. Pedimos disculpas, por lo tanto, por no habernos dado cuenta de esa inclusión equivocada.

En concordancia con los cambios sugeridos anteriormente, se propone suprimir el artículo 31.

CAPITULO IV
RED DE ATENCIÓN EN SALUD

Niveles de atención

- El SNIS se organizará en base a niveles de atención, de acuerdo a la complejidad de las prestaciones.
- La Junta Nacional de Salud, de acuerdo a las normas que dicte el MSP, establecerá y asegurará mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles de atención.
- El SNIS tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención.

13

CAPITULO IV
RED DE ATENCIÓN EN SALUD

Redes territoriales de atención en salud

- Las forman las entidades que integren el SNIS
- Coordinarán en forma regular y permanente sus acciones dentro de las delimitaciones territoriales que establezca la JNS.
- Articularán su labor con los centros educativos e instancias municipales y comunitarias

14

- Pasamos ahora al Capítulo IV: Red de Atención en Salud. Este Capítulo apunta a uno de los aspectos más relevantes de la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud: evitar duplicaciones y promover que los recursos de salud de la sociedad se utilicen racionalmente y con el mayor grado posible de eficiencia y de economía de escala. Se establece el funcionamiento del Sistema en forma de redes territoriales por niveles de atención y se dice que tendrá como estrategia la atención primaria en salud y que priorizará el primer nivel de atención. Asimismo, en los artículos 34 a 36 se define la constitución del primer, segundo y tercer nivel de atención. También se establece que las redes territoriales de atención en salud podrán articular su acción con centros educativos, con las políticas sociales existentes y con el conjunto de las políticas dirigidas a mejorar la calidad de vida de la población.

Esta reforma de la salud se inscribe en planes que tuvieron que ver con las mayores situaciones críticas desde el punto de vista social, de indigencia y la pobreza en nuestro país, que continuarán interrelacionándose en lo que hemos dado en llamar Plan de Equidad con reformas como esta en materia sanitaria, pero también con otras que oportunamente discutiremos acerca de más y mejores asignaciones familiares para niños y adolescentes.

Recogiendo una preocupación del señor Senador Da Rosa, en el artículo 34 se explicita la prioridad de coordinación local, departamental o regional entre servicios de salud de diferentes adscripciones públicas y comunitarias. Nuestro país tiene la mayor red asistencial de toda América Latina, pero lo que no tenemos es un adecuado sistema de interrelacionamiento y, como decíamos, de compartir recursos, porque lo único que hace es duplicar servicios y costos, porque más de una vez se llega a una misma persona dejando vacíos importantes de población que no tiene ningún tipo de cobertura.

La propuesta de la Unión de la Mutualidad del Uruguay con respecto a la Red de Atención en Salud a la que refiere el Capítulo IV de este proyecto de ley, fue atendida en los artículos 37 y 38, sustituyendo la obligatoriedad de su existencia por su fomento dentro de marcos territoriales definidos, en tanto contribuyan a brindar una adecuada atención y a racionalizar los recursos. También fueron recogidas las observaciones en materia de control de los contratos entre prestadores que, conforme al artículo 39, estarán a cargo de la Junta Nacional del Salud. Se establece que las entidades públicas y privadas que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud podrán contratar entre sí y con terceros las prestaciones incluidas en los programas integrales que apruebe el Ministerio de Salud Pública.

SEÑOR PRESIDENTE.- Los señores Senadores Cid y Dalmás han hecho llegar a la Mesa una moción para prorrogar el tiempo de que dispone el orador.

Se va a votar la moción presentada.

(Se vota:)

- 22 en 23. **Afirmativa.**

Puede continuar la señora Senadora Xavier.

SEÑORA XAVIER.- Muchas gracias, señor Presidente.

Estos contratos a los que hacíamos referencia deberán tener autorización de la Junta Nacional de Salud, la que verificará el cumplimiento de todo lo referente a la habilitación de los prestadores. Verificará, asimismo, que las entidades contratantes no mantengan deudas vencidas con quienes pretenden contratar. Dicha norma se reformuló, eliminando de los aspectos a valorar los precios y formas de pago. También se suprimió el requisito de homologación de los contratos, incorporándose la posibilidad de su convalidación transcurrido un plazo predeterminado sin que fueran observados. A las situaciones que pueden considerarse excepcionales de la autorización previa del contrato, se sumaron las razones de urgencia, tal como propuso la UMU.

El artículo 40 establece -este fue un aspecto importante para mejorar el proyecto- que las farmacias registradas y habilitadas por el Ministerio de Salud Pública podrán vender medicamentos a los usuarios del Sistema en los términos contenidos en los contratos que celebren con los prestadores de salud. Si bien las farmacias, así como también otros emprendimientos vinculados a la atención de salud, siempre estuvieron excluidos de la concepción integradora del Sistema Nacional Integrado de Salud, la preocupación planteada por sus representantes y por el Presidente de la Comisión -señor Senador Da Rosa- en cuanto a ser mencionados expresamente en la ley, fue recogida en este artículo, que establece -reitero- que las farmacias habilitadas y registradas por el Ministerio de Salud Pública podrán dispensar medicamentos a los usuarios de los prestadores del Sistema en los términos de los contratos que celebren con los mismos.

El artículo 41 determina que el Poder Ejecutivo podrá fijar los precios de referencia para las contrataciones.

Por su parte, el artículo 42 establece la incompatibilidad del ejercicio de la dirección y el gerenciamiento de las entidades integrantes del Sistema que brinden servicios a terceros con la provisión de los mismos, excepto cuando sean alianzas estratégicas entre sectores o cuando uno asuma el gerenciamiento del otro. No obstante ello, en todos los casos se requerirá la autorización de la Junta Nacional de Salud. En este artículo se atendió las sugerencias de las IAMC en el sentido de limitar las incompatibilidades por grado de consanguinidad y de explicitar que los contratos que violen dicha norma serán nulos a partir de que se verifique la incompatibilidad, preservando sus efectos previos, si los hubiere. La incompatibilidad incluye a quienes ejercen la función, a sus socios y a familiares hasta el segundo grado de consanguinidad.

- El Capítulo V, Cobertura de la Atención Médica, define otro aspecto sustancial de la reforma, que es el alcance de la atención integral en salud que se pretende asegurar mediante el Sistema Nacional Integrado de Salud. En tal sentido, en el artículo 43 se establece que las entidades públicas y privadas que integren el Sistema deberán suministrar a los usuarios todos los programas integrales que apruebe el Ministerio de Salud Pública, con recursos propios o contratados con otros prestadores.

Con relación a los servicios de emergencia médica, en su carácter de prestadores parciales de servicios de atención a la salud, cabe señalar que siempre estuvieron incluidos en la filosofía del Sistema a través de los contratos de prestación de los servicios que podían celebrar con los prestadores integrales. No obstante, con el ánimo de dar mayor seguridad a los involucrados, se incluyó una disposición a título expreso.

El artículo 44 determina que los prestadores integrales del Sistema deberán ofrecer a su población usuaria opciones diferentes de suministro de los servicios de emergencia médica incluidas en los programas de atención integral de la salud de las entidades que conforman el Sistema. A este respecto, nuestra Bancada pone a consideración del Cuerpo un artículo sustitutivo que elimina el límite arbitrario -que en algún momento se acordó- de tres posibles emergencias para que el usuario optara, permitiéndole elegir entre todas las opciones existentes.

Las prestaciones no incluidas en los programas integrales de carácter obligatorio podrán ser convenidas entre usuarios y prestadores en régimen de libre contratación, según se establece en el artículo 45.

El artículo 46 determina que las prestaciones económicas de enfermedad, maternidad, accidentes de trabajo y otras relacionadas con la salud continuarán siendo brindadas por los organismos competentes.

CAPITULO VI
USUARIOS DEL SNIS

- Todas las personas que residan en el territorio nacional a partir del registro en una de las instituciones prestadoras de servicios de salud que lo integran.
- Los prestadores no podrán rechazar ni limitar prestaciones a ningún beneficiario del SNIS.
- La elección del prestador es libre y luego podrá modificarse periódicamente según la reglamentación.

18

CAPITULO VI
USUARIOS DEL SNIS

Derechos de los usuarios:

- Información completa y actualizada sobre los servicios y requisitos para hacer uso de los mismos.
- Recibir, en igualdad de condiciones, las prestaciones.
- Respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad.
- Confidencialidad.
- Conocer los resultados asistenciales y económico financieros de la Institución.
- Recibir información sobre las políticas de salud y los programas de atención integral.

19

- En el Capítulo VI, referido a los usuarios del Sistema, se establece quiénes lo son y cómo se adquiere tal condición, lo que figura en el artículo 47 del proyecto de ley.

Asimismo, en el artículo 48 se propone que la elección del prestador es libre; en el 49 se determinan los derechos de los usuarios; y en el 50, las obligaciones.

La prohibición a los prestadores de rechazar o limitar las prestaciones incluidas en los programas integrales a cualquier usuario -prevista originalmente en este Capítulo-, a sugerencia nuestra, fue incorporada en el Capítulo de Financiamiento, con igual contenido. Sabemos que esto se da y queremos que esta posibilidad quede prohibida a texto expreso, pero hemos preferido colocarla en el Capítulo mencionado porque creemos que es una ubicación más lógica.

En el artículo 47 se refleja la preocupación planteada por el Plenario de las IAMC con relación al caso de que cualquier usuario del Sistema Nacional Integrado de Salud omitiera formalizar su registro en el prestador elegido, incorporando la previsión de que la Junta Nacional de Salud lo instará en caso de que esta omisión no fuera espontánea.

Atendiendo a una sugerencia de la FEMI con relación a la participación de los usuarios en la gestión de los prestadores, en el artículo 51 se establece su derecho a hacerlo, no siendo obligatoria, tal como expresaba el artículo original.

- El Capítulo VII, relativo al financiamiento del Sistema, comienza con el artículo 53, que determina que los prestadores públicos y privados tendrán derecho al cobro de la cuota salud por las prestaciones que, conforme a esta ley y a su reglamentación, brinden a sus usuarios, según el número de personas que tengan en sus padrones. Nuestra Bancada propone un artículo aditivo -designado con el número 53/1- que establece la adecuación progresiva de las prestaciones de ASSE, completándolas en un plazo máximo fijado al 31 de diciembre de 2009.

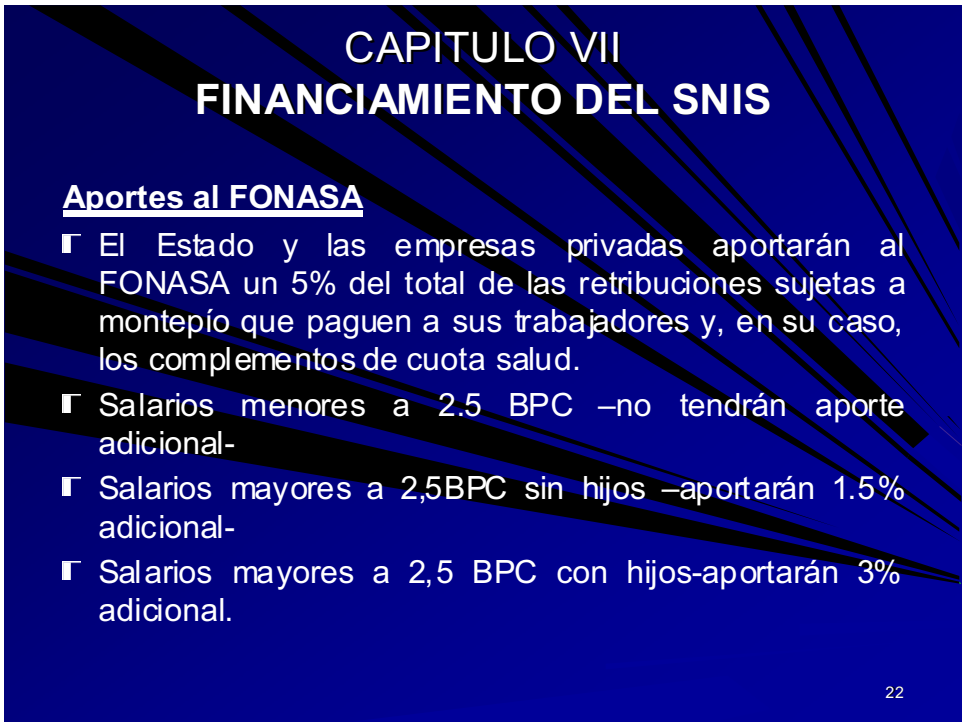
- Mediante el artículo 54 se crea el Seguro Nacional de Salud que contará con un fondo único y obligatorio, llamado Fondo Nacional de Salud e integrado por aportes públicos y privados, con el cual se pagará a los prestadores e integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Atendiendo a otra preocupación planteada por las IAMC con relación a que el concepto "reembolso" supusiera un cambio en la temporalidad de los ingresos que los prestadores actualmente reciben a través del Banco de Previsión Social, se sustituyó en todo el texto del proyecto de ley la expresión "reembolso de cuota salud" por la de "pago de cuota salud" o "cobro de cuota salud", según corresponda.

El Plenario de las IAMC cuestionó que las cuotas salud fueran iguales para prestadores públicos y privados porque, a su juicio, supone una ventaja para los primeros -es decir, para los prestadores públicos-, en virtud de los fondos presupuestales que también recibirían. Sin duda, la filosofía es mejorar el subsector público y lograr que, mediante recursos presupuestales, economías y aportes directos de la reforma, pueda adquirir un nivel de dignidad y competencia como para ser una oferta de igual calidad a la que también debe prestar el sector privado. Sin perjuicio de que en el artículo 53 se mantiene el principio general, esta observación fue atendida en un aditivo que presentaremos -el 54/2-, que ordena deducir de las cuotas salud que correspondan a ASSE el promedio por usuario, financiado con cargo a Rentas Generales, hasta que se apruebe el primer presupuesto de este organismo descentralizado recientemente creado.

Este Fondo Nacional de Salud se constituirá en el Banco de Previsión Social, el que recepcionará los aportes y hará efectivo los pagos de las cuotas salud, de conformidad con las órdenes de pago que emita la Junta Nacional de Salud. A partir de la vigencia de esta ley, esta Junta sustituirá al Banco de Previsión Social en la administración del Fondo.

Como hicimos referencia en el Capítulo VI, "Usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud", proponemos que se incorpore como artículo 54/1 la mención expresa de que los prestadores no podrán rechazar a ningún usuario ni limitarle las prestaciones.



- En el artículo 55 se establece con qué recursos contará el Fondo Nacional de Salud según los diferentes colectivos que ingresen. Asimismo, se recoge la propuesta del señor Senador Alfie en el sentido de que se eliminen las referencias a la seguridad social y, en el párrafo final, se prevé que el Poder Ejecutivo atienda las insuficiencias financieras del FONASA cuando ellas estén debidamente justificadas.

En el artículo 56 se define cómo serán los aportes del Estado, las empresas y los trabajadores al Fondo Nacional de Salud. El aporte patronal será del 5%, tanto para el Estado como para las empresas privadas, y el aporte personal está discriminado de la siguiente manera. Los salarios menores de 2,5 bases de prestaciones y contribuciones (BPC) no tendrán aporte adicional, sino que realizarán el mismo aporte que venían haciendo hasta el momento; los salarios mayores de 2,5 BPC, cuando no haya hijos menores de 18 años ni hijos con algún tipo de discapacidad, aportarán el 1,5% adicional -esta es una modificación del proyecto original, que consideraba para todos los casos, es decir, con o sin hijos menores de 18 años a su cargo, el aporte adicional del 3%-, y los salarios mayores de 2,5 BPC con hijos, aportarán un 3% adicional.

Los aportes al Fondo antes mencionado darán derecho a recibir atención integral de salud a los hijos menores de 18 años a su cargo y a los mayores de esa edad con discapacidad -es decir que para los chicos con discapacidad no habrá límite de edad-, incluyendo a los hijos del o de la concubina a cargo del usuario registrado.

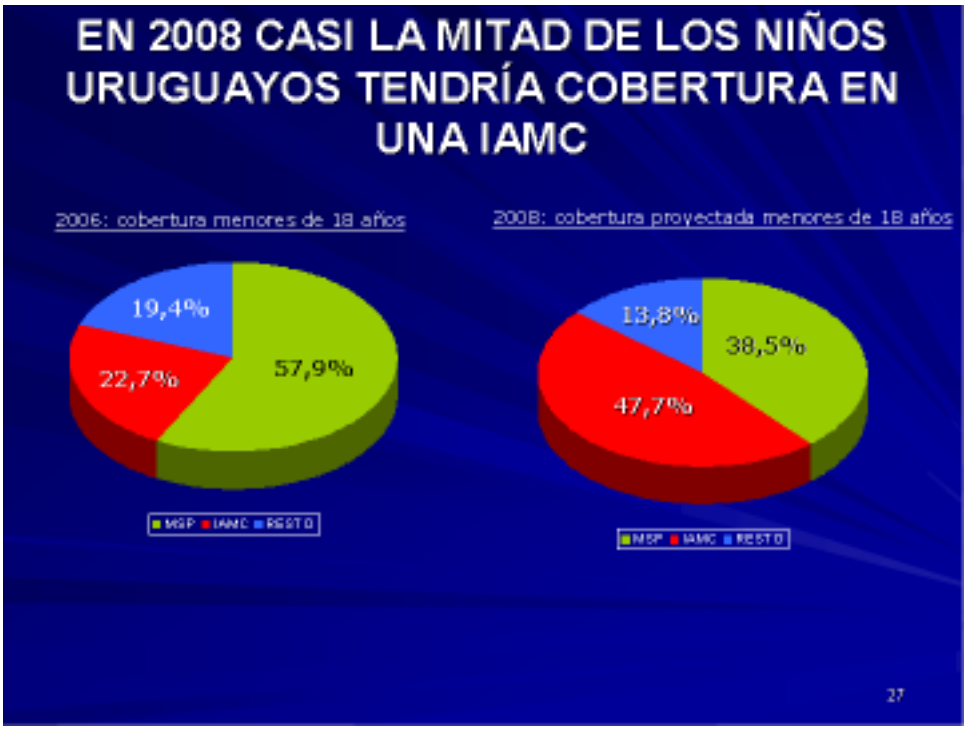
La segunda parte del artículo establece que para los trabajadores públicos que ingresaron por la Ley Nº 18.131, el aporte de su primer 3% se hará en forma gradual -1% por año- desde enero de 2008 y que el adicional, ya sea del 1,5% -en el caso de que no se tenga hijos a su cargo- o del 3% -cuando sí los hay- comenzará en esa misma fecha.

Asimismo, proponemos como aditivo el artículo 56/1, que transforma este seguro de salud durante el empleo en un seguro de por vida -existe un colectivo muy numeroso, que es el de los jubilados y pensionistas- y establece un doble mecanismo de ingreso a dicho seguro: uno de ellos implica que, siendo beneficiario del FONASA, si se jubila, seguirá efectuando los mismos aportes que venía realizando y mantendrá la misma cobertura de salud, y el otro caso es el de determinados colectivos que ingresarán directamente al seguro.

Entonces, este aditivo 56/1 transforma este seguro de salud durante el empleo en un seguro de por vida, rompiendo la histórica inequidad de la ex DISSE, que le quitaba al trabajador la cobertura al jubilarse. Al mismo tiempo, es un estímulo a la formalidad, porque cubre al trabajador y a sus hijos.

Otro aditivo a considerar es el 56/2, que contempla a los jubilados no dependientes de menores ingresos. Aquí se repara la inequidad de la Ley Nº 16.713 -referida a las AFAP- que daba derecho a la cobertura de salud sólo en los casos de jubilados dependientes de menores recursos. Ahora hemos agregado este colectivo, que muchas veces vive situaciones muy críticas.

Dadas las propuestas que hemos realizado en el sentido de incorporar a los colectivos, consideramos innecesario el artículo 57 del proyecto de ley aprobado en la Comisión, por lo que, cuando discutamos el articulado, vamos a proponer su eliminación.



- El artículo 58 propone modificaciones al texto aprobado en Comisión, otorgando el derecho a la cobertura de salud a los hijos menores de 18 años o mayores de edad con discapacidad, incluyendo los del concubino a cargo del usuario. Este artículo, ni más ni menos, implica la incorporación de 470.000 niños, niñas y adolescentes desde el 1º de enero de 2008. El costo de esta incorporación es de US$ 76:000.000; US$ 52:000.000 se asignaban en el proyecto original del Poder Ejecutivo y los US$ 24:000.000 adicionales, que son el resultado de la baja de la tasa del 6% al 4,5% o del 3% al 1,5% adicional para quienes no tienen hijos.

A su vez, se propone el aditivo 58/1 por el cual se garantiza que toda persona que deje de cumplir las condiciones para estar amparado por el seguro, puede continuar en la misma institución pagando directamente por los servicios, no pudiendo ser rechazado. Esta protección es fundamental para quienes son portadores de alguna enfermedad crónica, que habitualmente son rechazados en las afiliaciones individuales.

El aditivo 58/2 propone la incorporación gradual de los cónyuges o concubinos con un aporte adicional, precisando con certidumbre el ingreso de estos colectivos, priorizando a los hogares más numerosos que, además, son los más bajos en cuanto a la distribución del ingreso. El costo acumulado de esta medida en los cuatro años es de US$ 128:000.000.

Asimismo, proponemos un nuevo aditivo, el 58/3, por el cual se faculta al Poder Ejecutivo a postergar, en caso de ser necesario, la entrada en vigencia de los colectivos determinados en este proyecto. En todos los casos, se debe informar al Poder Legislativo con ciento veinte días de antelación a la entrada en vigencia del colectivo que corresponda.

Además, se plantea la supresión de los artículos 59 y 60 del proyecto aprobado en Comisión, por entender que ambos quedan contemplados en un aditivo identificado como artículo 59, por el cual se retoma la norma que exonera de aportes para su cobertura a los socios vitalicios, siempre y cuando permanezcan en la entidad que pagaron. Al mismo tiempo, en el caso de tener hijos menores de 18 años, o cónyuges, aportarán los adicionales que corresponda.

También proponemos otro aditivo, el 59/1, que pone en práctica la facultad conferida por el artículo 9º de la Ley Nº 18.131, de incorporar al Seguro Nacional de Salud a los trabajadores públicos que ya tenían cobertura, con todos los derechos que da el seguro y sin reducción de su salario líquido. El dinero que los organismos gastaban desde el punto de vista presupuestal para financiar las cuotas mutuales que pagaban otras coberturas similares, pasaría al Seguro Nacional de Salud. Los trabajadores mantendrán todos los derechos de cobertura que tenían hasta el momento.

Fue de recibo la propuesta de la Mesa Coordinadora y del Plenario de Trabajadores para que se explicitara la situación de las cajas de auxilio o seguros convencionales, proponiéndose incorporar el aditivo 59/2 que contempla su integración en una etapa posterior de implementación de este seguro, no más allá del 1º de enero de 2011 y mantenien-

do hasta tanto su funcionamiento de acuerdo con las disposiciones legales que los rigen. La gradualidad característica de esta reforma de salud se asocia a la necesidad de una transición que adapte estos seguros a las normas generales del FONASA.

Se propone agregar el aditivo 59/3, por el que se incorpora a los profesionales universitarios con ingresos fuera de una relación de dependencia. En la línea de una incorporación gradual de todos los uruguayos al Sistema Nacional Integrado de Salud, se plantea para el año 2011 el ingreso de este colectivo.

Asimismo, aconsejamos que se elimine el artículo 61 del proyecto de ley aprobado en Comisión, dado que formula el ingreso de algunos de estos colectivos en otras disposiciones.

El artículo 62 establece que el Fondo Nacional de Recursos mantendrá la autonomía administrativa que tiene al día de hoy.

El artículo 63 indica que, hasta tanto no se efectivice la incorporación de los colectivos no considerados aún, los beneficiarios de sistemas no incluidos en el régimen de esta ley, seguirán abonando directamente a sus prestadores por los servicios de salud que reciban.

El aditivo 63/1 señala que hasta la instalación de la Junta Nacional de Salud, las funciones de ésta serán ejercidas por el Ministerio de Salud Pública y el Banco de Previsión Social.

Finalmente, el aditivo 63/2 establece que esta ley entrará en vigencia el 1º de enero de 2008.

Para terminar, ponemos a consideración del Senado este proyecto de ley en el entendido de que esta reforma, sin lugar a dudas, mejorará gradual y progresivamente la condición de salud de los habitantes de nuestro país. Es una reforma dinámica y ameritará ajustes como todo cambio profundo, pero sin duda su puesta en funcionamiento será beneficiosa para la salud de la población, convirtiendo en una realidad una atención más digna y de mejor calidad para un número muy importante de personas. Se trata de un paso fundamental en el proceso de reforma del sector salud que nos hemos comprometido a llevar adelante.

Muchas gracias.

SEÑOR DA ROSA.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor Senador.

SEÑOR DA ROSA.- Señor Presidente: comienzo por señalar que este tema de la reforma de la salud, naturalmente, para nosotros tiene una enorme trascendencia por su repercusión y gravitación en la sociedad uruguaya. Sin duda alguna, es uno de los derechos fundamentales de la persona humana, que emergen del artículo 72 de la Constitución de la República.

Esta reforma de la salud se ha basado en tres iniciativas. Una de ellas fue planteada en el Presupuesto quinquenal del año 2005, donde el Poder Ejecutivo dio a conocer su propósito de instrumentar un Sistema Nacional Integrado de Salud basado en determinados principios y en la búsqueda de ciertos objetivos, fundamentalmente una mayor equidad, una cobertura universal y el fortalecimiento de la llamada atención primaria de salud o de primer nivel.

El proceso estuvo precedido por dos leyes anteriores que ya han sido aprobadas y que contaron con el voto de nuestro partido. Incluso, participamos haciendo aportes a la redacción final de los respectivos proyectos de ley. Me refiero a la Ley de Descentralización de ASSE, mediante la cual los servicios hospitalarios dejaron de ser dirigidos desde el Ministerio de Salud Pública pasando a ser un servicio descentralizado. El Estado dejó de ser juez y parte en lo relativo a la problemática de la salud y a la regulación hecha por el Ministerio de Salud Pública de los temas de la salud. Nosotros compartimos esto plenamente en el sentido de que era una necesidad que, por diversos motivos, no se había concretado hasta el momento, pero entendíamos que era importante y positivo que se concretara lo antes posible.

Mediante la Ley Nº 18.131 se transformó a DISSE en el llamado Fondo Nacional de Salud, incluyendo a sectores de funcionarios públicos que todavía no estaban cubiertos por el régimen anterior.

Ahora nos encontramos ante una tercera iniciativa legal, que es la ley de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Nosotros tenemos coincidencias en cuanto al diagnóstico de la situación problemática de la salud y también con respecto a los objetivos perseguidos por el proyecto de ley, pero discrepamos en lo que tiene que ver con los instrumentos o mecanismos utilizados para impulsar este sistema.

Desde hace varios años, el Uruguay tiene determinados problemas que son conocidos y que, incluso, han sido analizados en más de una iniciativa parlamentaria. Existe un documento del Partido Nacional del año 1986 en el cual se analizaba concretamente la problemática de la salud en nuestro país. Básicamente decía: “En general, las instituciones que conforman el Sector Salud actúan en forma descoordinada, debido a la ausencia de un Sistema que ordene el Sector y que permita el ejercicio de la autoridad normativa y controladora por parte del Ministerio de Salud Pública. A ello se agrega el exagerado individualismo de las instituciones y de los usuarios; esta situación se debe en parte a la existencia de recursos independientes y a la posibilidad de utilizarlas sin un eficiente control estatal.

Las normas nacionales vigentes no se cumplen en muchos sectores y no existen mecanismos eficientes de coordinación y control.

Dentro de las Instituciones del Sector, cada una se ha desarrollado creando su propio modelo, de acuerdo a sus necesidades y a las políticas de sus propulsores; de allí que el Sistema, en el momento actual está formado por un grupo muy heterogéneo de instituciones y establecimientos".

Más adelante, en materia de recursos humanos, sostiene: "La disponibilidad y utilización de los recursos humanos es una condición clave para el funcionamiento correcto del Sistema: su planificación tomará en cuenta las necesidades de los servicios y se basará en el enfoque del equipo de salud. El desarrollo del recurso humano, va indisolublemente unido a la jerarquización funcional y a la justa retribución del personal de la salud.

El personal de salud, técnico y auxiliar, ha sido el gran sacrificado durante este proceso de deterioro e involución de los servicios; el régimen de trabajo a que está sometido, agravado por la irracionalidad de los horarios de trabajo, el autoritarismo, el estrés y las injustas retribuciones, han creado una situación angustiante que requiere una urgente rectificación. Se puede asegurar que la calidad de la atención médica radica fundamentalmente en la calidad del recurso humano.

Estimaciones recientes sitúan en un 28% el nivel de la desocupación médica; esta situación unida a la acumulación de cargos por un sector de médicos y a la falta de soluciones para un decoroso retiro, caracterizan un problema al cual hay que buscar urgente solución.

Existe una mala distribución de profesionales de la Salud a nivel nacional, con concentración en Montevideo:" -esto se decía a fines del siglo XX- hay un médico cada 278 habitantes en capital y uno cada 1.449 en el interior.

Se observa un alto porcentaje de médicos especialistas, en detrimento de los médicos generales, lo que determina un modelo especial de atención médica, caracterizado por un alto consultismo y una asistencia despersonalizada.

Hay falta de coordinación entre las instituciones formadoras de profesionales y las que utilizarán posteriormente el recurso humano.

Se nota una gran escasez de enfermeras profesionales, debido al escaso ritmo de formación y a la posterior emigración hacia países con mejores retribuciones".

[...]

"Hay baja productividad del recurso humano, debido al pluriempleo, horarios irracionales y salarios incompatibles con el nivel de vida adecuado.

Sólo un pequeño número del personal de Dirección de las Instituciones, tiene suficiente formación en Administración de Servicios de Salud.

En conclusión, según se indica en este documento, "Del balance general de esta situación sanitaria nacional surge una gran insatisfacción; no se cumplen en los hechos ninguno de los postulados básicos de la salud; el sistema carece entre otros de los atributos de universalidad, equidad y solidaridad.

Estas consideraciones y el análisis de la situación de la salud pública plagada de contradicciones, alternando las carencias con el derroche de los recursos, la heterogeneidad de los servicios de salud, constituidos en un anárquico conjunto de instituciones sin sistematización y sin normas, torna dramática la necesidad de recomponer el Sistema de Servicios de Salud".

En el mencionado documento se continúa haciendo una serie de puntualizaciones respecto al pensamiento de nuestro Partido y se concluye diciendo que se "prevé la implementación de un Sistema Nacional de Salud, coordinado, eficiente y accesible a todos los habitantes de la República; que permita el ejercicio pleno del derecho a la salud fundado en los criterios básicos de universalidad, equidad y solidaridad social; en el marco de referencia de un régimen democrático y representativo.

Este proyecto, que forma parte de la política social hondamente arraigada e impulsada por el Partido Nacional, no pretende la destrucción total de las estructuras existentes, sino repensar y formular el mejor modelo que pueda lograr el país de acuerdo a las condicionantes sociales y económicas actuales" que, naturalmente, en ese momento eran difíciles y así han seguido siendo en los últimos años.

Para el Partido Nacional, doctrinaria y éticamente, el derecho a la salud se considera un derecho que hace a la seguridad social y dignidad humana. Es función del Estado crear condiciones apropiadas para que sea ejercido por todos y cada uno de los habitantes de la República. Es un principio que comienza con la Declaración Universal de los Derechos del Hombre en 1948, signada por nuestro país y que en 1971 fue incorporada al Plan de Gobierno y a la Declaración de Principios del Partido Nacional, aprobada el 17 de diciembre de 1983 por la Convención Nacional del Partido.

Coincidimos en cuanto a la necesidad de reforma en el sistema de salud y también en que es un proceso gradual. Estas cosas no se logran ni se pueden hacer transformaciones radicales de la noche a la mañana. Estamos de acuerdo en cuanto a los objetivos de la reforma y a fortalecer un nuevo modelo de atención, fundamentalmente, en base a la atención primaria de salud. Creo que es importante mencionar que hoy en día, en el mundo entero, desde la Declaración de Alma-Ata, en 1978, existe coincidencia en cuanto a la

necesidad de fortalecer el llamado nivel de atención primaria de la salud, por razones humanas puesto que, naturalmente, es más importante cuidar la promoción y prevención antes de que avance la enfermedad en el ser humano.

También desde el punto de vista económico está comprobado que se consiguen ahorros muy importantes en lo que tiene que ver con lo que se gasta por parte de los Estados en materia de salud, en la medida en que las enfermedades se atacan tempranamente y se instrumentan políticas de educación y prevención. En los últimos números de la Revista Panamericana de Salud Pública, se indica que las relaciones entre la salud y el desarrollo son indiscutibles. Se reconoce que la salud es una resultante del proceso social, económico y político y que es también un derecho humano fundamental. La buena salud tiene un efecto benéfico sobre el nivel educacional, la productividad en el trabajo y el bienestar general de la población, en tanto la desigualdad, la pobreza, la explotación, la violencia y la injusticia impactan negativamente en la salud. Debido a esta estrecha relación entre salud y desarrollo, los enfoques dirigidos a mejorar la salud deben tomar en cuenta, necesariamente, sus múltiples factores determinantes de una forma integrada y orientarse a corregir estos aspectos que, en muchos casos, trascienden el ámbito estrictamente sanitario. La atención primaria de salud es la estrategia idónea para actuar en este complejo proceso de generación y protección de la salud individual y colectiva, ya que aborda la situación de los individuos y las familias como un todo y toma en cuenta las circunstancias del entorno en el que se desenvuelven. El llamamiento de la atención primaria de salud para analizar de manera conjunta con otros sectores los determinantes de la salud y las enfermedades, abre el camino hacia la formulación de políticas públicas conducentes al desarrollo humano integral y sostenible.

Más adelante, en la misma publicación, refiriéndose a la atención primaria de salud, se dice que la finalidad del proceso de renovación de la atención primaria de salud es revitalizar la capacidad de los países para articular una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que les permita mejorar la equidad y afrontar los problemas de salud presentes y futuros. Contar con un sistema renovado de atención primaria de salud se considera esencial para alcanzar los compromisos de la Declaración del Milenio, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 8 de setiembre de 2000, pues aborda las causas fundamentales de los problemas de salud y considera a ésta como un derecho humano esencial. Para ello hay que aprovechar las enseñanzas aprendidas durante más de un cuarto de siglo y reinterpretar la estrategia propuesta de atención primaria de salud de forma que podamos afrontar los desafíos del siglo XXI.

Entre las razones que justifican la renovación de la atención primaria de salud figuran la aparición de nuevos desafíos epidemiológicos que hay que afrontar; la necesidad de corregir las debilidades e inconsistencias presentes en algunos de los enfoques ampliamente divergentes; el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre mejores prácticas y el reconocimiento creciente de que dicha atención es una herramienta que fortalece la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en materia de salud. Aplicar un enfoque renovado de la atención primaria de salud es, además, una condición esencial para afrontar los determinantes sociales de la salud y alcanzar el más alto nivel de salud posible para cada persona.

También se plantea la necesidad de un nuevo modelo de gestión, concepto que compartimos, puesto que nuestro país tiene una larga experiencia en materia del gasto en la salud, que se ha ido incrementando con el correr de los años. No hace mucho tiempo el Uruguay destinaba entre un 5% y un 5,5% del Producto Bruto Interno al presupuesto de salud, pero en los últimos años esa cifra ha llegado a un 10,5%. De manera que en este campo el problema no es solamente de recursos, sino también cómo se gestionan y la forma en que se gastan. Asimismo estamos de acuerdo en cuanto a que hay que perseguir el objetivo de evitar lo que significa duplicación, subutilización y dispersión de recursos tecnológicos, que en muchos casos son muy caros y que, naturalmente, deben ser racionalizados en cuanto a su uso y a su administración.

En el proyecto de ley también se prevé buscar un nuevo modelo de financiación, a los efectos de que cada persona pague de acuerdo con sus posibilidades, se obtenga una mayor equidad y se logre una cobertura de carácter universal.

Estos son aspectos que refieren, en general, al diagnóstico de situación y a los objetivos perseguidos. La visión que el Partido Nacional tiene sobre el tema, en primer lugar, está relacionada con que entendemos que un sistema de salud debe caracterizarse por la libertad personal de elección, por ser universal e igualitario, por impulsar la solidaridad, por existir una fuerte coordinación entre los sectores público y privado y por perseguirse permanentemente el mantenimiento y la mejora como objetivo fundamental en la calidad de las prestaciones. Por ello, para nuestro Partido, la organización del sistema debe reposar esencialmente en el concepto de coordinación y aquí está esbozado uno de los aspectos en los cuales explicaremos diferencias con el proyecto de ley impulsado por el Gobierno. Reitero que, en nuestra opinión, el acento fundamental debe ponerse en la coordinación y en la integración de servicios y no en la imposición, en la autoridad y en el peso del Estado.

Además, creemos que cualquier reforma, tanto en materia de salud como en toda la temática del Estado debe ser lo menos burocrática posible, así como perseguir achicar, neutralizar el crecimiento de la burocracia, en lugar de favorecer o permitir el crecimiento de los mecanismos y de los organismos burocráticos.

Creemos que en lugar de una excesiva autoridad del Estado y de crear organismos estatales que van a ejercer un

control y un poder muy fuerte sobre el conjunto del sistema de la salud, lo que debería hacerse es recoger la experiencia que el Estado ha venido realizando en los últimos años a través de la creación o de la instrumentación de unidades reguladoras. Por ello, pensamos que en el campo de la salud perfectamente podría pensarse en la creación de una unidad reguladora como existe, por ejemplo, en el campo de la energía o en el de las comunicaciones.

Además, entendemos que, precisamente porque este proceso debe ser gradual, tendría que existir como etapa previa y necesaria de fortalecimiento del sector público, que debe ser precedido -recogiendo una experiencia en la que no debo ocultar mi orgullo desde el punto de vista personal, por pertenecer a un departamento en el que se ha trabajado muy fuertemente en el tema de la salud- por la descentralización en materia del manejo de los recursos. Asimismo, debe darse un fuerte impulso a todo lo que signifique policlínicas vecinales, barriales, rurales y centros auxiliares, con el objetivo de descongestionar los hospitales públicos y atacar por el lado de la prevención de la enfermedad y de la educación y promoción para la salud, como condición previa a reformas o cambios en lo que tiene que ver con la organización del sistema de segundo y tercer nivel, es decir, con lo relacionado a la atención hospitalaria o sanatorial de la población.

Por lo tanto, estamos hablando de que antes debería haber una descentralización de recursos y un fortalecimiento de la red de policlínicas, tanto las que pertenecen al Estado a nivel nacional, como las que están bajo la órbita municipal o vecinal, como ocurre en muchas poblaciones y, sobre todo, en los barrios y periferias de nuestras ciudades.

A todo ello queremos agregar que toda mejora de gestión en el sector público y de disponibilidad de sus recursos debe hacerse involucrando a empresarios privados en base a un principio de solidaridad en torno a un valor humano esencial como es la salud. Es posible lograrlo en la medida en que la población y muchos sectores empresariales ven y perciben directamente las mejoras que se van logrando o concretando en el sistema público de salud. Finalmente, se trata de la coordinación e integración a nivel de servicios y a nivel regional entre el sector público y el sector privado.

Entonces, una de las diferencias centrales que planteamos con respecto a este proyecto de ley de reforma de la salud está relacionada con los caminos e instrumentos utilizados. Se crea una Junta Nacional de Salud, que de acuerdo con la información que hemos tenido en los últimos días y con las modificaciones que habría sufrido el artículo referido a la creación de dicha Junta, dejaría de ser un servicio descentralizado y se transformaría en un órgano desconcentrado en el Ministerio de Salud Pública. De cualquier forma es claro que con respecto a esa Junta se mantienen básicamente sus cometidos con muy fuertes poderes jurídicos administrativos consagrados en los artículos 14, 15, 23, 27, 39 y en el inciso final del 54. La disposición que refiere concretamente a los cometidos del Directorio de la Junta Nacional de Salud es el artículo 27 que, entre otras cosas, establece que compete al Directorio de la Junta Nacional de Salud:

"a) Representar al organismo a través de su Presidente, pudiendo otorgar los mandatos que en su caso corresponda.

b) Suscribir con los prestadores que se integren al Sistema Nacional Integrado de Salud los contratos de gestión a que refiere el artículo 15 de la presente ley.

c) Regular los mecanismos de financiamiento de la atención integral de salud que corresponda a los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud y fiscalizar la efectiva integración de los aportes al Fondo Nacional de Salud que se determinan en el capítulo VII de esta ley.

d) Disponer el pago de cuotas salud a los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, de acuerdo a sus padrones de usuarios y previa verificación del cumplimiento de las obligaciones a su cargo.

e) Regular las relaciones entre los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud y entre estos y terceros.

f) Disponer la suspensión temporal o definitiva, total o parcial del pago de cuotas salud en caso de incumplimiento de las obligaciones a cargo de los prestadores, determinado por acto administrativo firme".

Si tenemos en cuenta este artículo y, por ejemplo, el que se refiere a que el pago de la cuota será autorizado por esa Junta Nacional de Salud, el Banco de Previsión Social simplemente recepcionará los aportes y efectuará el pago correspondiente, pero será la Junta Nacional de Salud la que ejercerá la administración y dispondrá el pago de las llamadas cuotas salud. Esto supone para el organismo, no solamente muy fuertes poderes desde el punto de vista jurídico, sino además el poder que significa administrar la bolsa de un Fondo que se supone, o se estima, que va a manejar entre US$ 1.500:000.000 y US$ 2.000:000.000 por año. Además, se otorga a esta Junta Nacional de Salud el poder y la discrecionalidad para castigar con el no pago en forma parcial, total, temporal, o incluso definitiva, de las cuotas salud a entidades que considere incumplidoras respecto de obligaciones que van a surgir de un contrato de gestión donde, evidentemente, por el poder jurídico y el peso económico que va a tener esta Junta, es obvio que en la realidad y en la práctica la mayor parte de las condiciones o de las normas en él contenidas, van a ser impuestas desde el Estado.

Para nosotros, este proyecto merece discrepancias por diversas razones. En primer lugar, porque consideramos

que se parte de un preconcepto ideológico de que cuanto más poder e intervención del Estado, las cosas funcionarán mejor, sometiendo a criterios estatizantes, fuertemente centralizadores, burocráticos y políticos a todo un sector privado con más de cien años de historia, que ha funcionado en base a un mecanismo de solidaridad y a la existencia de una fuerte clase media que ha sido característica distintiva del Uruguay del siglo XX, a diferencia de varios otros países de la región que tienen fuertes grados de despolarización social, realidad que no ha sido la de nuestro país.

SEÑOR PRESIDENTE.- Ha llegado a la Mesa una moción del señor Senador Abreu, en el sentido de que se prorrogue el tiempo de que dispone el orador.

Se va a votar la moción formulada.

(Se vota:)

- 21 en 22. **Afirmativa.**

Puede continuar el señor Senador Da Rosa.

SEÑOR DA ROSA.- Muchas gracias.

Esta realidad social del Uruguay ha permitido que el sistema mutual alcanzara el desarrollo y la cobertura que hoy tiene y que en los últimos años se haya desarrollado en el interior logrando una cobertura, no sólo de la clase media, o de sectores económicamente más acomodados, sino de un importante sector de los trabajadores -tanto público como privados- en buena parte de nuestro país. Por ello estamos convencidos que reformas que puedan afectar al sistema mutual, van a golpear más fuertemente en el interior del país, afectando un mecanismo que ha demostrado progreso, eficiencia y un grado de desarrollo que permite que el usuario, con una cuota social, pueda acceder a altos niveles de calidad de atención.

Entendemos que este concepto centralizador y que subordina todo el sistema a la autoridad del Estado, no coincide con nuestra idea de buscar mecanismos de coordinación, respetando la autonomía de gestión administrativa, aun con los fuertes límites que tengan que establecerse por ley para obtener objetivos. Pensamos que deben preservarse en todo momento las garantías para las instituciones o empresas privadas que, naturalmente, tienen su propia razón de ser y por lo tanto no es compatible que queden subordinadas absolutamente al poder y a la autoridad del Estado, más allá de que hay artículos dentro del proyecto que establecen expresamente que las mismas mantendrán una autonomía de gestión. Reconocemos que el texto se refiere expresamente a esto último, pero creemos firmemente que en la realidad de los hechos esto no va a funcionar como está previsto.

De esta forma, se incluirá a sectores eficientes en la prestación de salud dentro de una órbita de control político, caracterizado por fuertes ineficiencias y por una gran burocratización propia del sistema estatal. Además, en el mundo en general, se ha demostrado que estos sistemas fuertemente subordinados al control del Estado, por el contrario, en muchos casos generan condiciones para prácticas de corruptela que, en la medida que crece el poder del Estado, la discrecionalidad y el poder otorgado a órganos políticos, terminan afectando esos propios controles que están previstos en la norma y en la teoría, pero que en la realidad de los hechos, lamentablemente, no funcionan de la manera deseada.

Por otro lado, este proyecto da más autoridad y concentración de poder al Presidente de la Junta Nacional de Salud, más allá de quien sea éste, y del color político o ideología que tenga. El artículo 28 literal c) le otorga poderes para adoptar medidas urgentes que considere necesarias, poniendo un contenido de subjetividad y discrecionalidad en manos del Presidente de la Junta, que a nosotros nos parece peligroso. Además esto está corroborado por el hecho de que la norma prevé, asimismo, que para modificar la decisión del Presidente -que tendrá que poner en conocimiento de la Junta Nacional de Salud- se requerirán por lo menos cinco votos conformes dentro de los siete integrantes de la Junta.

En consecuencia creemos que estos mecanismos que se instrumentan en este proyecto de ley, ponen en riesgo a mediano y largo plazo la eficiencia del subsector privado y del sistema mutual, en la medida en que sus ingresos ya no se harán por la vía de una cuota social fijada por la empresa y pagada por los socios -de acuerdo a mecanismos del Estado, por un lado, teniendo en cuenta las necesidades financieras de la empresa y, por otro, el poder contributivo de los socios-, sino que se tendrán que financiar a través de transferencias del Estado y del pago de la llamada cuota salud por pacientes asistidos, tomando en cuenta costos diferenciales según grupos poblacionales distinguidos por edad y por sexo, y de acuerdo con el cumplimiento de metas asistenciales que determinarán la existencia de riesgos en cuanto a la rentabilidad de dichos sectores. Esto, naturalmente, puede determinar que estas instituciones se vean afectadas seriamente por los costos y porque, al preverse o estimarse que se integrarán nuevos usuarios al sistema, habrá que ver cómo se van a calcular o transferir esos recursos financieros por parte del Estado, y si se tomaron en cuenta factores sociales, higiénico ambientales y de riesgo potenciales de salud que serán mayores en sectores que hoy no están dentro de la cobertura y que, naturalmente, podrán determinar una mayor incidencia o presión sobre los costos.

En el proyecto tampoco se prevén mecanismos, paramétricas claras u objetivos de ajuste de esa llamada "cuota de salud". En la medida en que se generen riesgos en los niveles de rentabilidad de esas entidades privadas, esto puede tener como consecuencia la mediocridad del servicio y recortes en los niveles de inversión donde se ha logrado cierta excelencia en materia de infraestructura física y de tecnologías caras, pudiendo determinar también la

desmotivación de los recursos humanos, la caída en general de los niveles de calidad y asistencia, la proliferación de las listas de espera y la postergación de los tratamientos.

En definitiva, tras el objetivo compartido y deseado de una mayor equidad y nivelación, podremos terminar en una nivelación hacia abajo en lugar de una igualación hacia arriba, que es lo que la historia, el motor del progreso y del desarrollo humano, nos está reclamando y exigiendo a todos. Me refiero a buscar que las condiciones se obtengan en mayor grado de equidad, mejorando los servicios, y no que éstos se vean debilitados o afectados en cuanto a los niveles de calidad y de atención.

Se comparte la necesidad de la integración y de la coordinación entre las entidades prestadoras de salud pero, en realidad, en el proyecto se impone todo el peso del Estado. En muchos casos se llega, incluso, a la trasgresión de la razón misma por la cual se han creado y organizado en la historia del país como empresas privadas.

Otro aspecto sobre el cual manifestamos nuestra preocupación tiene que ver con el hecho de que este sistema conlleva mayor presión fiscal. Del artículo 56 surge claramente que los aportes de los trabajadores tendrán que aumentar de un 3% a un 6% y que los aportes de las empresas privadas y del Estado serán de un 5% por cada retribución sujeta a Montepío de cada trabajador, más los complementos de salud que se fijen. Sin duda, esto significa un incremento de la presión tributaria, que se acumula con los efectos de la reforma tributaria y que vuelve a golpear fuertemente a determinados sectores de la sociedad. Además, abre incertidumbre en torno a la necesidad de nuevas medidas fiscales, porque este proyecto comprende hoy, tal cual está definido, a los sectores de los trabajadores públicos y privados y a sus hijos menores de 18 años, así como a los discapacitados mayores de 18 años e hijos de concubinos que estén a su cargo. Pero hay toda una gama importante de sectores de la sociedad que no aparecen incluidos dentro de este Sistema. Naturalmente, a la luz de lo que se anuncia -me refiero a la inclusión de los trabajadores públicos y privados y al aumento del aporte de un 3% a un 6%-, es de suponer o pensar -es una posibilidad bastante realista- que la incorporación de nuevos sectores al Sistema Nacional de Salud conlleve nuevos tributos o impuestos que ayuden a financiarlo. Repito que los efectos de este sistema se acumulan a los de la reforma tributaria.

También entendemos que el proyecto debería ser más ambicioso en cuanto a los objetivos perseguidos y a la concreción del objetivo central relativo al cambio del modelo de atención. Creemos que, en muchos casos, la normativa se queda simplemente en fórmulas enunciativas de principios generales totalmente compartibles, pero demasiado teóricos y amplios, sobre el avance, el desarrollo y el fortalecimiento de la atención primaria de salud. No se concretan ni se establecen proyectos generales que tengan que ver con el fortalecimiento y que establezcan concretamente líneas generales de acción para fortalecer el funcionamiento de las policlínicas a nivel barrial, vecinal o rural, ni de los centros auxiliares. Tampoco se estipulan normas en materia de descentralización del manejo de recursos, lo que es absolutamente clave para fortalecer la base del sistema de atención primaria de salud. En buena medida, para que el desarrollo de este Programa realizado en el departamento de Tacuarembó tuviera éxito y buen resultado, hubo una muy fuerte voluntad de descentralizar recursos. Precisamente, esos recursos -que en su gran mayoría vinieron de Alemania, producto de una importante cooperación internacional-, en lugar de ser manejados desde estructuras burocráticas centrales en el Ministerio de Salud Pública, fueron instrumentados a nivel de organismos locales de coordinación, donde participaron las autoridades de Salud Pública departamental, de la mutualista existente en el departamento y de la Intendencia Municipal de aquella época. Por las dudas aclaro que todo esto ocurrió previo a mi mandato, puesto que como Intendente simplemente continué la gestión que había iniciado el señor Sergio Chiesa.

En los artículos 32 y 34 se consagran normas que son correctas como definición teórica y general, pero que no avanzan en la concreción de los caminos sobre los cuales se va a fortalecer la atención primaria de salud.

Por su parte, los artículos 37 y 38 están bien redactados y son compartibles como criterios generales, pero no aportan nada significativamente nuevo que hoy ya no se pueda hacer dentro del mecanismo de la actual cobertura de salud.

En general, tenemos la impresión de que las normas del proyecto apuntan y se explayan más hacia la prestación de los servicios, organización y financiamiento de la atención hospitalaria que hacia la organización y financiamiento de instrumentos básicos que hagan posible fortalecer y gestionar mejor un sistema basado en la atención primaria de salud. En este aspecto, creo que hay mucho que agregar e incluir en el proyecto de ley.

Tampoco nos resulta claro qué va a pasar con los llamados copagos o los tiques y órdenes de pago que existen en el sistema privado. Si es verdad que la gente va a tener la opción de ingresar al sistema mutual, es evidente que esta es una muy seria limitante para que ello pueda hacerse efectivo. Muchas instituciones del Estado -instituciones municipales, organizaciones de pasivos, etcétera- tienen convenios de cobertura con instituciones privadas; sin embargo, un alto porcentaje de sus trabajadores y de pasivos -alrededor de 80.000 pasivos- no asisten a ellas a pesar de tener la cobertura, y concurren al sistema de Salud Pública porque no pueden afrontar los costos de los copagos, es decir, de los tiques y órdenes que se cobran en el sistema privado.

Por otro lado, el artículo 19 habilita la extensión de esas tasas moderadoras o copagos a todos los programas integrales que apruebe el Ministerio de Salud Pública.

En el nuevo sistema se abre la posibilidad de que los copagos o los sistemas de tiques y órdenes -que hoy son limitantes para acceder a los servicios privados- puedan ser generalizados a todos los servicios, tanto públicos como privados, pero suponemos que se estará pensando en la posibilidad de implementar una rebaja de esas tasas moderadoras. De hecho, creo que una de las modificaciones que se incluyen en el proyecto de ley refieren a ese aspecto, hecho que consideramos como un avance positivo. De cualquier manera, queda la puerta abierta para que esas tasas moderadoras no sólo funcionen en el sistema privado -como ocurre actualmente-, sino que se generalicen a todo el sistema público de atención hospitalaria.

(Ocupa la Presidencia el señor Senador Gustavo Penadés)

-También creemos inconveniente el artículo 20 del proyecto de ley, en cuanto limita las posibilidades de hacer publicidad a la exclusiva identificación de la entidad prestadora de los servicios de salud, así como el título habilitante y la especialidad que desarrolla. Para llevar adelante cualquier otra forma de publicidad se deberá solicitar autorización al Estado, en este caso al Ministerio de Salud Pública, con lo que a mi juicio se limita la libertad de expresión del pensamiento. Si lo que se busca es regular esta materia para evitar la mercantilización y la comercialización de los servicios de salud y, peor aún, la forma incierta y la falta de veracidad con que a veces se ofrecen servicios que después no se cumplen y terminan siendo un modo de estafa, entendemos que la Ley Nº 17.250 -que refiere a la publicidad y a los derechos del consumidor- consagra mecanismos más efectivos, porque permite que el Estado controle la publicidad y que ésta se ajuste específicamente a la realidad de los servicios ofrecidos, es decir, que se pueda hacer la publicidad y que luego se controle que sean tales los servicios que se proclaman y ofrecen.

Estas son las razones fundamentales que nos llevan a no acompañar en este caso el proyecto de ley, a diferencia de la posición que adoptamos con los dos anteriores, es decir, el de la descentralización de los servicios de ASSE y el de la creación del FONASA, que contaron con nuestro apoyo. De cualquier forma, reconocemos la importancia y la trascendencia del tema y entendemos las razones y los objetivos que persigue el proyecto de ley, pero tenemos discrepancias con los mecanismos y las herramientas utilizadas, porque creemos que a mediano o a largo plazo, traerá consecuencias indeseables para el sistema. En definitiva, representan una visión respetable -como toda concepción ideológica- de una forma de organización de la sociedad, pero conlleva el peligro de una excesiva centralización y la consagración legal de un tremendo peso del Estado sobre sectores del sistema de salud que han demostrado eficiencia, aunque con el tiempo pueden volverse menos eficientes y brindar una menor calidad en su atención. Repito que en lugar de perseguir la equidad por la vía de la mejora, la superación y la búsqueda de la excelencia en los servicios, podemos llegar a tener una "mediocrización" y una mayor equidad pero para abajo, sin que esto signifique una mejora y una superación de sus prestaciones.

Estas son las razones por las cuales adelantamos que no vamos a votar este proyecto de ley. Naturalmente, nos reservamos la potestad de acompañar varios de sus artículos, pero reitero que algunos de sus contenidos son lo suficientemente pesados o graves como para que no lo votemos en general.

Nada más. Muchas gracias.

11) SUSPENSION DE LAS SESIONES ORDINARIAS DE LOS DIAS 2, 3 y 9 DE OCTUBRE

SEÑORA XAVIER.- Pido la palabra para una cuestión de orden.

SEÑOR PRESIDENTE (Don Gustavo Penadés).- Tiene la palabra la señora Senadora.

SEÑORA XAVIER.- Señor Presidente: ante el planteo que se nos hizo por parte del Partido Nacional por el fallecimiento de la señora madre de nuestro compañero, el señor Senador Moreira, nuestra Bancada se solidariza y accede al pedido de que a las 14 horas el Senado pase a cuarto intermedio hasta las 18, momento en que se harían efectivas el resto de las intervenciones y la votación en general del proyecto de ley que, como ya definimos, se haría en el día de hoy.

De igual manera propongo la suspensión de la sesión ordinaria convocada para la hora 16.

SEÑOR PRESIDENTE (Don Gustavo Penadés).- Se va a votar la moción formulada por la señora Senadora Xavier, en el sentido de que el Cuerpo realice un cuarto intermedio entre las 14 y las 18 horas, y que se suspenda la sesión ordinaria convocada para hoy a la hora 16.

(Se vota:)

- 23 en 24. **Afirmativa.**

SEÑOR PRESIDENTE (Sr. Gustavo Penadés).- Léase una moción llegada a la Mesa.

(Se lee:)

SEÑOR SECRETARIO (Arq. Hugo Rodríguez Filippini).-

"Montevideo, 2 de Octubre de 2007

Ante la solicitud verbal del Señor Ministro de Transpor-

te y Obras Públicas Sr. Víctor Rossi de concurrir al Senado de la República a fin de brindar información sobre asuntos que incumben a su Cartera en ejercicio de las facultades que le confiere el artículo 180 de la Constitución de la República, las Senadoras y los Senadores abajo firmantes mocionan para que se suspenda la sesión ordinaria del miércoles 3 de Octubre de 2007, y se convoque a sesión extraordinaria para el mismo día a las 16 horas en régimen de comisión general a fin de recibir al Ministro de Transporte y Obras Públicas Sr. Víctor Rossi y al Ministro de Economía y Finanzas en ejercicio Sr. Mario Bergara". Firman: las señoras Senadoras Topolansky, Xavier y Dalmás, y los señores Senadores Ríos, Fernández Huidobro, Lorier, Baráibar, Gamou, Vaillant, Cid, Korzeniak, Michelini y Saravia.

SEÑOR PRESIDENTE (Don Gustavo Penadés).- Se va a votar la moción presentada.

(Se vota:)

- 22 en 24. **Afirmativa.**

Por tanto, queda suspendida la sesión ordinaria del Senado del día de mañana y el Cuerpo queda convocado para el mismo día, a la hora 16, a los efectos de recibir al señor Ministro de Transporte y Obras Públicas y al señor Ministro interino de Economía y Finanzas en régimen de Comisión General.

12) SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

SEÑOR PRESIDENTE (Don Gustavo Penadés).- Continúa la discusión general del proyecto de ley por el que se crean normas referidas al Sistema Nacional Integrado de Salud.

Tiene la palabra el señor Senador Alfie.

SEÑOR ALFIE.- Señor Presidente: adelanto que vamos a dividir la exposición en tres aspectos: el primero tendrá que ver con la metodología de tratamiento del tema; el segundo consistirá en un análisis somero de las implicancias del proyecto de ley en términos generales dejando para la discusión particular el análisis de cada artículo y las enormes dudas que nos sigue generando; y el tercero referirá a cuestiones de financiamiento, porque se cambia sustancialmente a partir de la comunicación que recibimos en el día de ayer.

En cuanto al primer aspecto, debo decir que el método que se emplea es, desde mi punto de vista, totalmente incorrecto y censurable, y en opinión del Partido Colorado rechazable. No es posible que ayer de tarde se nos comunique que se modifica, en sustancia y en los efectos prácticos, todo el proyecto de ley. Es imposible que podamos realizar un análisis serio y concreto de esto, por más que pusimos a todo el equipo a buscar las diez mil diferencias -porque ya no se trata de siete- entre el proyecto original y el actual, y a hacer números, a fin de entender dónde estamos parados y analizar si algunas de las objeciones que teníamos para plantear fueron eliminadas, morigeradas, o quizás ampliadas. Del mismo modo, en sentido opuesto, cosas que no estaban y aparecen pueden ser buenas o malas. Realmente, hay de todo en los cambios propuestos.

Más allá de lo que acabo de manifestar, desde un principio reclamamos información básica sobre el tema de los beneficiarios y del financiamiento, la que no fue proporcionada. A pesar de que los representantes de los Ministerios de Economía y Finanzas y de Salud Pública aportaron algunas cifras al respecto, ciertamente puedo decir que eran una especie de "leru leru", porque ante cualquier pregunta, no había respuesta. La única persona que intentó formular alguna respuesta fue el economista Lorenzo, a quien claramente "mandaron al frente", a hacer un mandado político, lo cual lamento, porque está a cargo de un área técnica del Gobierno y bien la podría hacer porque está capacitado técnicamente para ello. No obstante, este representante del equipo económico no pudo explicar ni una sola de las preguntas que realizamos, y tampoco pudo aportar un número que fuera consistente y cerrara.

Señor Presidente: el Partido Colorado nuevamente siente que las advertencias que realizó en Comisión -lo digo desde un punto de vista general, porque algunas de ellas sí fueron tomadas en cuenta- y las que va a hacer ahora, fueron y serán ignoradas, en esa actitud de soberbia, o quizás de apuro, que caracteriza al oficialismo. De todas maneras, las advertencias las vamos a hacer todas, ahora en general y después en la discusión particular, del mismo modo que lo hicimos cuando se trató el mal llamado Impuesto a la Renta de las Personas Físicas, sobre el que los hechos, a menos de dos meses de su aplicación, nos están dando la razón. Verdaderamente, en muy poco tiempo los hechos nos están dando la razón, al punto que hay personas muy importantes del Gobierno, como por ejemplo el Miembro Informante de aquel proyecto de ley, que ahora reclaman cambios sustanciales y por el peor de los argumentos: el de los costos políticos. Si uno está convencido de que se está actuando por un objetivo de justicia, de equidad y por el bien de la gente, sigue hasta el final y no se detiene a medir los costos políticos. Justamente, si se tratara de costos políticos algunos otros gobiernos habrían actuado de manera diferente, en especial el anterior, que podría haber hecho "la gran Galtieri" en vez de asumir todos los costos y encaminar el país hacia el crecimiento y el desarrollo. Naturalmente que estamos orgullosos de ello, porque hoy se ven los resultados.

En ciertos aspectos, este proyecto de ley fue claramente cambiado, habiéndose, básicamente, moderado con respecto a su redacción original. De todas maneras, el concepto filosófico y la idea de fondo no cambió, sólo se postergó. Voy a leer algunas partes de la exposición de motivos de esta iniciativa, ya que creo que no tiene sentido dar lectura a un texto que ha sido cambiado; concretamente, voy a leer algunas partes que pueden ilustrarnos sobre la filosofía inspiradora de este proyecto de ley.

SEÑOR AGUIRRE.- ¿Me permite una interrupción, señor Senador?

SEÑOR ALFIE.- Con mucho gusto.

SEÑOR PRESIDENTE (Don Gustavo Penadés).- Puede interrumpir el señor Senador.

SEÑOR AGUIRRE.- Señor Presidente: antes de que el señor Senador Alfie siga adelante con su exposición y examine la filosofía general del proyecto de ley, quiero sumarme a la crítica inicial que ha hecho en cuanto al procedimiento utilizado. Con mi experiencia parlamentaria puedo asegurar que en los diez años que estuve en el Senado, nunca pude advertir un solo caso en el que un proyecto recibiera un tratamiento de esta índole, y me refiero a cualquiera, pero especialmente uno de esta enorme trascendencia.

SEÑOR MICHELINI.- Haga memoria, señor Senador.

SEÑOR AGUIRRE.- Creo que nadie puede discutir que este es un proyecto de enorme trascendencia.

Cuando me dijeron que tenía que asistir a esta sesión porque el señor Senador Larrañaga iba a pedir licencia, solicité todo el material y lo estudié; no obstante, cuando llego a Sala me encuentro con que hay un nuevo repartido -parece que no hubo tiempo de estudiar a fondo un tema de semejante importancia- que tiene 45 artículos modificados, 16 nuevos y 3 suprimidos. A fin de no emplear un calificativo que pueda molestar, me parece que este no es un trato muy considerado para los Legisladores que no somos oficialistas y pertenecemos a los otros partidos; me refiero al hecho de que algo que fue acordado -utilizo este verbo para no emplear uno que pueda molestar- exclusivamente entre los Legisladores del Partido de Gobierno, quizás algunos integrantes del Poder Ejecutivo y, de pronto, determinados dirigentes gremiales, llegue a Sala en estas condiciones. Creo que lo lógico sería estudiar nuevamente el proyecto en su articulado, porque sin duda éste ha cambiado sustancialmente.

En la rápida lectura que he hecho del repartido pude advertir nuevas disposiciones -algunas pueden ser beneficiosas y compartibles y otras no- que aclaran problemas existentes en el proyecto, pero el sistema de financiación, que es uno de los puntos clave del proyecto, ha sufrido modificaciones sustantivas en cuanto a los porcentajes de aportes de los distintos usuarios del sistema.

En esas condiciones, me parece que no es lógico comenzar a discutir el proyecto, luego pasar a su discusión particular, y finalmente votarlo.

Muchas gracias, señor Senador.

SEÑOR PRESIDENTE (Don Gustavo Penadés).- Puede continuar el señor Senador Alfie.

SEÑORA XAVIER.- ¿Me permite una interrupción, señor Senador?

SEÑOR ALFIE.- Con mucho gusto.

SEÑOR PRESIDENTE (Don Gustavo Penadés).- Puede interrumpir la señora Senadora.

SEÑORA XAVIER.- Señor Presidente: sin duda, cada uno puede tener su visión acerca de la metodología empleada, pero quiero que quede claro para la versión taquigráfica y para quienes puedan no haber estado adecuadamente informados, que la semana pasada se pretendió hacer una reunión que se frustró por compromisos que cada uno de los señores Senadores tenía, y en el día de ayer llegamos al acuerdo político de discutir hoy las respectivas posiciones sobre el tema -obviamente, todos tenemos opinión formada sobre este asunto y nos hemos manifestado a favor de mejorar el sistema de salud en el Uruguay- y votar en general el proyecto de ley, postergando para la próxima semana -esto es importante para la Bancada de Gobierno- la consideración en particular. Si los aditivos propuestos fuesen de recibo, como pensamos, una vez que los Partidos Nacional y Colorado los estudien, seguramente podrán reconsiderar su posición y votar en general esta iniciativa.

Entonces, más allá de las modificaciones y aditivos propuestos, se cuenta con una semana para analizar el proyecto de ley. No se trata, como quizás podría llegar a entenderse por una mala interpretación, de que hoy se vote definitivamente.

Muchas gracias, señor Senador.

SEÑOR PRESIDENTE (Don Gustavo Penadés).- Puede continuar el señor Senador Alfie.

SEÑOR ALFIE.- Señor Presidente: si no estoy equivocado, la reunión para entregar la nueva información se había fijado para el día jueves de la semana pasada; tal como decía el señor Senador Aguirre, hay que tener en cuenta que este proyecto tenía 63 artículos en su redacción original, de los cuales se modificaron 45, se suprimieron 3 y se agregaron 15. En realidad, creo que una semana no es suficiente, porque los cambios introducidos son tan sustanciales y la falta de información es tan importante que claramente el proyecto debería volver a Comisión para que se pudiera llamar a algunas personas capaces de aclararnos el alcance de las modificaciones planteadas.

Antes de las interrupciones concedidas, decíamos que la redacción había mejorado en algunos aspectos y se había moderado en otros, pero de todas maneras creemos que

sigue teniendo -luego de la mirada a vuelo de pájaro que pudimos realizar- enormes baches y situaciones poco claras. Peor que esto, incluso, nos parece el hecho de que el proyecto de ley o el sistema como tal es absolutamente inaplicable, sobre todo en lo que concierne a su filosofía. Creo que basta leer la exposición de motivos, fundamentalmente la definición del concepto de salud que se toma como base, que fue elaborado por los doctores Villar y Capote, para darnos cuenta de qué estamos hablando. Se dice que la salud es una categoría biológica en unidad dialéctica con la enfermedad -sí, claro, la salud se pelea siempre con la enfermedad y los glóbulos blancos nos defienden-, resultado de la interrelación armónica y dinámica entre el individuo y su medio, que se expresa en valores mensurables de normalidad física, psicológica y social, que permite al individuo el cumplimiento de su rol social y está condicionada al modo de producción y a cada momento histórico del desarrollo de la sociedad que constituye un inestimable bien social. Es decir que todo está en función de la sociedad y demás; aquí no importa la persona ni la individualidad y sólo importa el colectivismo. El sistema, tal como vino -los rasgos generales se mantienen- está inspirado, claramente, en sistemas colectivistas totalitarios. De hecho, quizás Stalin habría creído en un sistema como este, pero puedo asegurar que Gorbachov no creía en un sistema como este y trató de cambiarlo, pues se dio cuenta que esto no funciona. Sistemas similares a este han cambiado en el mundo y así Inglaterra, Holanda y Canadá lo dieron vuelta; todo esto ya se probó y fracasó, y si fracasó en esos países, con esos enormes recursos, me pregunto qué podemos esperar en el Uruguay.

El proyecto en sí claramente tiende a una nivelación hacia abajo de la calidad de la salud, no porque así lo quiera la iniciativa, ya que los propósitos son buenos, sino porque los efectos prácticos serán esos, lo que explicaremos después.

Conociendo que no contamos con el tiempo suficiente en el Senado, adelanto que el Partido Colorado presentará un proyecto alternativo en la Cámara de Representantes. Es evidente que el Partido Colorado coincide con los propósitos y objetivos declarados en el proyecto de ley. ¿Qué hace la ley? En esta primera instancia, lo único que plantea el proyecto de ley es una pequeña ampliación -más adelante veremos las cifras- del sistema de DISSE. En realidad, el sistema de beneficio de salud para los trabajadores fue una creación del Partido Colorado que luego fue reformulada por la dictadura. En definitiva, este primer paso de la iniciativa se basa en concepciones históricas del Partido Colorado, extendiendo determinados beneficios a otro grupo de personas -no en la declaración final-, pero para ello, alterando algo fundamental, entrometiéndose en el funcionamiento del sector privado, o privado colectivo como son las mutualistas, de manera inconveniente, lo que hasta ahora no se había hecho. Es claro que la atención preventiva de salud es algo fundamental y a ella apuntan desde hace treinta años todos los países; en este sentido, el Uruguay ha transitado este camino, lo sigue haciendo, lo seguirá y no se precisa una ley para ello.

Señor Presidente: ya hemos leído la filosofía del proyecto de ley y podemos decir que es centralista, estatista y concentrador del poder de las decisiones y del poder del dinero.

A continuación quisiera analizar algunas definiciones que se han dado. Se ha dicho que en el modelo de gestión el cambio se concretará mediante la implementación de un sistema integrado de salud concebido como una articulación de servicios públicos y privados, integrados en forma de red, con un órgano central de Gobierno, que es la Junta Nacional de Salud. El Partido Colorado ha denominado a esta Junta como la "Junta todopoderosa", que está a favor del bien y en contra del mal, que conoce todos los recovecos de las decisiones humanas y que sabe mejor que cada uno de nosotros qué es lo mejor y lo peor para cada uno de nosotros. Realmente, a los integrantes de la Junta Nacional de Salud tendríamos que postularlos para el Premio Nóbel.

(Dialogados en Sala)

(Campana de orden)

-Señor Presidente: cuando se discutan los artículos en particular, expondremos las observaciones y dudas que se nos presenten, por lo que no vamos a analizar el articulado de manera extensiva. El proyecto de ley en sí lo que está haciendo es tirar la pelota para adelante. De hecho, como máximo, todo este sistema incluirá a 1:350.000 personas, en una ampliación de cobertura que, me atrevo a decir, es de 150.000 personas. O sea que deja, aproximadamente, 2:000.000 de personas afuera del sistema. Por lo tanto, no se trata de un sistema integrado ni nacional. ¿Quiénes ingresarán en la primera etapa al sistema? Básicamente, lo hacen los hijos de trabajadores activos que están inscriptos en la Seguridad Social, con algunas excepciones que son los que están amparados por el Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas, por el Servicio de Sanidad Policial y por convenios particulares de las empresas públicas e Intendencias Municipales. Los hijos menores de 18 años de todos los demás trabajadores van a ingresar al sistema. ¿Se gravan todas las rentas? No, sólo se grava el salario, con una tasa adicional que va del 1,5% al 3%. Casualmente, para no pagar más costos políticos o disminuirlos, la solidaridad se basa en que quienes no tienen hijos menores de 18 años pagan el 1,5%. ¿Quiénes son estas personas? Generalmente, se trata de personas un poco mayores que, dada su edad y carrera, tienen mejores sueldos. Sin embargo, aquellas con menor edad y que, dada su edad y carrera, tienen menores sueldos, pagan el 3%. Estamos ante un nuevo impuesto general a los sueldos brutos, donde en la mayoría de los casos la solidaridad está invertida. ¿Hay ganadores? Sí, algunos, pues habrá personas con determinado nivel de ingresos tal, que ese 3% adicional sobre sus salarios -de ella y de su cónyuge- será menor a la cuota que pagaban siempre que sus hijos estén afiliados a una institución mutual. Pero, ¿va a haber perdedores? Sí, muchísimos; todos los que pagan el 1,5% perderán, y gran parte de los que aportan el 3% también, porque la clave aquí está en que un porcentaje

de estos últimos, cuyos hijos actualmente no están en el sistema mutual, no se podrán incorporar al mismo porque no pueden costear los tiques y órdenes moderadores, los copagos. Por lo tanto, este grupo va a seguir sin poder pagar los tiques y, en consecuencia, no podrá ingresar a las mutualistas. Entonces, se pagará el 1,5% de impuesto a los sueldos y sus hijos seguirán atendiéndose en el Ministerio de Salud Pública. Además, de hecho, si ingresaran todos, no sé cómo harían las mutualistas para absorber esa masa de socios con los costos que ello implica. Por otro lado, a la gran mayoría de la gente -más de dos millones de personas-, la ley ni le va ni le viene: queda igual que hoy.

Disponemos de algunas estimaciones, que más adelante vamos a aportar al Senado, respecto de cuántos ganadores y perdedores habría con la instalación de este sistema. Se trata de datos muy preliminares pero, salvo que hayamos cometido algún error muy grueso, no creemos que cambie la situación en lo sustancial cuando se disponga de cifras definitivas.

Ahora bien, a todo esto que he señalado debemos agregar que estos menores que van a ingresar al sistema son los más "baratos" -en términos del costo que se abona por ellos, no en una expresión que se puede entender como peyorativa-, por las llamadas "cuotas salud" que se abonen por sexo y edad, lo que hace que en definitiva se esté ampliando la población con cobertura pero, en términos financieros, sea poco significativo, ya que este impuesto adicional más o menos puede cubrir el ligero mayor egreso. Aquí tengo las cifras que se están pagando hoy -más alguna estimación que hemos realizado de acuerdo con las tablas que se manejan actualmente-, que indican que la cuota promedio ponderada que se va a pagar por menores de 18 años es de $ 629,28, sin tener en cuenta el premio por cumplimiento de determinados objetivos o indicadores que la Junta determine, en cuyo caso, la cuota pasaría a $ 674. Obviamente, se trata de un valor bastante inferior al de la cuota promedio que actualmente se paga en todo el sistema. O sea que se incorporan personas -niños, muchachos, adolescentes-, pero son aquellas por las que las cuotas salud son las menores. A su vez, a las IAMC se les disminuye el ingreso por los que ya están afiliados. Actualmente hay 192.000 personas menores de 18 años afiliadas a las IAMC, de las cuales algunas cambiarán su financiación y, en general, las que lo hagan serán las beneficiadas y, a mi juicio, prácticamente serán las únicas. Pero sucede que, cuando uno empieza a hacer las cuentas, observa que, para que las mutualistas equiparen sus ingresos actuales con los anteriores, a efectos de mantener el equilibrio monetario, necesitarán captar cinco afiliados menores de 18 años por cada tres que cambien la financiación, debido a la reducción que le va a significar la baja de la llamada cuota salud. O sea que si 120.000 menores cambian la financiación, se necesita 200.000 afiliados para que se llegue al mismo ingreso monetario de la IAMC.

Si el señor Presidente me lo permite, voy a brindar al Senado algunas estimaciones de estas cifras. La recaudación total de este impuesto adicional del 1,5% al 3% -reitero, de acuerdo con estimaciones muy preliminares- tendría una tasa promedio ponderada del 2,125% aproximado sobre la masa total de individuos sujetos a este impuesto. Eso daría, en términos anuales, unos $ 1.900:000.000 de recaudación. Sucede que los potenciales beneficiarios son aproximadamente 515.000, tal como surge cuando uno resta a la cohorte de 0 a 17 años, los que se atienden en Sanidad Policial y Militar, los hijos menores de profesionales, de empleados de empresas públicas y de Intendencias Municipales, de los patronos y de los que están excluidos del sistema, es decir, de los desocupados, informales, cuentapropistas, etcétera. Entonces, con esos 515.000 potenciales beneficiarios, se empieza a jugar con los números y, a mi juicio, en una hipótesis razonable, se puede decir que el 60% de estos niños y muchachos quizá vaya a una mutualista, y que ese será el único costo que haya. Estamos hablando de una hipótesis de máxima, pero podemos situarla en un 60%, que significaría 310.000 muchachos, es decir, 150.000 y 200.000 más que los actuales.

SEÑOR LARA GILENE.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE (Don Gustavo Penadés).- Tiene la palabra el señor Senador.

SEÑOR LARA GILENE.- Formulo moción para que se prorrogue el tiempo de que dispone el orador.

SEÑOR PRESIDENTE (Don Gustavo Penadés).- Se va a votar la moción formulada.

(Se vota:)

- 18 en 19. **Afirmativa.**

Puede continuar el señor Senador Alfie.

SEÑOR ALFIE.- Señor Presidente: entonces, cuando uno toma esta masa de jóvenes adicional y calcula el costo en base a esta cuota salud -a la que hay que sumarle el Fondo Nacional de Recursos-, se llega a que el costo total estaría entre los $ 2.600:000.000 y $ 2.800:000.000 anuales. En términos medios, podemos decir que el costo adicional son $ 800:000.000, unos US$ 35:000.000. Este es todo el cambio, que no tiene nada que ver con los 72:000.000 que nos anunciaron en un principio ni con los 39:000.000 adicionales que se dijeron después.

Pero además de todo esto, debemos tener en cuenta otro factor: hoy, el Banco de Previsión Social cobra por cada afiliado individual $ 954 pero, ¿saben cuánto se está pagando hoy por la llamada cuota salud? Para los hombres de entre 15 y 19 años -que debe haber pocos-, se paga $ 452,52 mensuales -recordemos que se cobra $ 954-; para los hombres de entre 20 y 44 años, se paga $ 419, y para los que se encuentran entre los 45 y 64 años, $ 867. Para el caso de las

mujeres, en las mismas cohortes etarias se paga, respectivamente, $ 599,17, $ 888,28 y $ 1.060. Claramente surge que hoy hay un superávit entre lo que cobra el Banco de Previsión Social y lo que se está pagando por estos habitantes del país.

A continuación, vamos a analizar algunas de las funciones de esta "Junta todopoderosa". En cuanto al centralismo, me voy a remitir a leer el texto del proyecto de ley que salió de Comisión que, en su artículo 27, establece que la Junta, entre otras cosas, regulará los mecanismos de financiamiento de la atención integral de salud, dispondrá el pago de las cuotas salud, y regulará las relaciones entre los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud y entre estos y terceros. El poder de la Junta, pues, parece bastante claro.

Se dice, a su vez, que la Junta, entre otras cosas, "verificará que las entidades contratantes no mantengan deudas vencidas con quienes pretenden contratar, en cuyo caso deberán cancelarlas o refinanciarlas antes de la firma de un nuevo contrato". Me pregunto: si debo dinero a alguien que me quiere seguir vendiendo, ¿por qué una Junta me va a decir que tengo que cancelar la deuda si la otra parte, en su libre voluntad, quiere seguir prestándome servicios? No lo entiendo.

En lo que tiene que ver con el tema de la publicidad -ya se habló- la ley es, señor Presidente, un proyecto "Gran Hermano". En el artículo 6º se dice: "El Ministerio de Salud Pública creará un registro obligatorio de recursos de tecnología de diagnóstico y terapéutica de alto porte de los servicios de salud.

La reglamentación determinará los contenidos de la información que deban proporcionar las instituciones, su periodicidad y las sanciones en caso de incumplimiento. Toda nueva incorporación de tecnología deberá ser aprobada por el Ministerio de Salud Pública teniendo en cuenta la información científica disponible, la necesidad de su utilización y la racionalidad de su ubicación y funcionamiento". Que la incorporación de tecnología deba ser aprobada por el Ministerio de Salud Pública, parece bastante lógico; sucede en todas partes del mundo. Ahora bien, si una persona o institución cualquiera quiere arriesgar su dinero poniéndolo en un determinado lugar, no veo por qué alguien le va a decir: "No, usted aquí no, vaya cinco cuadras para abajo". No lo entiendo.

Por su parte, el artículo 14 establece: "Para autorizar como integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud a las entidades referidas en el artículo 11, la Junta Nacional de Salud evaluará, además de los requisitos establecidos en los artículos 5º literal b), 12 y 13, su caudal de usuarios, los recursos humanos, la planta física, el equipamiento, los programas de atención a la salud," "la tecnología, el funcionamiento organizacional y el estado económico financiero, según criterios que fije la reglamentación". En todo caso es competencia del Ministerio de Salud Pública y no de la Junta. Después de decir todo esto, continúa el artículo en el siguiente inciso: "La integración al Sistema Nacional Integrado de Salud tendrá carácter funcional, no modificando la titularidad de las entidades ni su autonomía administrativa". ¡Qué eufemismo: autonomía con todo esto! ¡Imposible! Habrá un títere que se dirá autónomo, será un Honecker, un Ceaucescu, o alguno de esos, que son autónomos mientras otros los dirigen de atrás. Es imposible tener autonomía con esto; es absolutamente imposible.

Pero, además, si alguien quiere no tener planta física y ha celebrado contratos por todos lados, ¿por qué le exigimos que disponga de una planta propia? ¿Por qué debemos tener clubes de barrio? Esta es la mentalidad del club de barrio: quiere disponer de todos los servicios y después termina fundiéndose. Hay algunas entidades que contratan servicios, camas y exámenes clínicos, y brindan, claramente, mejor asistencia, mucho mejor que la que brindan algunas que tienen planta física propia. Con esto no quiero decir que las que poseen planta física no brinden buena asistencia, pero una cosa no hace a la otra. Esto es para consolidar a algunos grandes jugadores que quieren desarrollar estas actividades y no dejar que venga alguien más moderno, más flexible y que con este mismo esquema pueda contratar y sacarles afiliados. Recuerdo esta discusión y que hubo una sola institución que defendió esto en la Comisión. Quien vino en su representación dijo que tenía una enorme experiencia en materia de salud y cuando le pregunté el porqué de este artículo, me contestó: "Porque hay lugares que venden dos y tres veces sus camas". Muy bien, comenté, y enseguida pregunté: "¿Usted, en su larga experiencia de más de veinte años, alguna vez vio que en esos lugares que venden dos y tres veces sus camas, faltara alguna cuando alguien que la hubiera contratado la precisara?" Se quedó pensando y dijo: "No, no recuerdo". ¡Claro, porque ese es un problema estadístico puro! Si se trata de que haya una cama por cada socio, el sistema es impagable; ¡absolutamente impagable! O sea que todo lo que se pone acá tiende a aumentar los costos o a preservar situaciones establecidas.

Ya hicimos referencia a la intervención en contratos de terceros. Afortunadamente, la Junta no va a homologar todos los contratos, como se decía antes, ya que iba a ser imposible puesto que, por ejemplo, hasta debería homologar una compra de medicamentos, porque ello supone un contrato. De todos modos, no sé cómo se hará para esperar treinta días si tuviera que comprar medicamentos. Todo va a ser por el mecanismo de la urgencia; también previsto en este artículo que será la escapatoria.

Señor Presidente: el proyecto está bien inspirado. Hay un artículo que causa emoción, diría, hasta las lágrimas, y lo voy a leer.

SEÑOR CID.- No llore ahora, señor Senador.

SEÑOR ALFIE.- No, no voy a llorar, pero causa emoción.

SEÑOR PRESIDENTE (Don Gustavo Penadés).- Eviten el dialogado, señores Senadores.

SEÑOR ALFIE.- Es el artículo 34, que dice: "El primer nivel de atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigidos a la persona, la familia, comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutividad las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral son practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia.

Se priorizará la coordinación local, departamental o regional entre servicios de salud del primer nivel nacionales, departamentales y comunitarios". ¡Qué emoción! ¿Cuál es la aplicabilidad de esto?

Más allá de todo, señor Presidente, queremos advertir los riesgos. Hay muchísimos riesgos. El primero y fundamental es que el dinero lo maneja un ente centralizado y que ese dinero depende de la recaudación de impuestos. Cuando la recaudación de impuestos cae, el dinero disponible es menor, y cuando esto sucede, baja el nivel de atención a la salud. Ya sabemos cómo terminará esto cuando no haya dinero para los subsidios porque, entre otras cosas, las cuotas salud se fijan administrativamente. Basta con no ajustarlas cuando hay inflación para hacer un gran zafarrancho; para esto, no se precisa de una inflación muy grande. Supongan que el año que viene el Gobierno decida no ajustarlas el 10%, el 9%, el 8% o el 12% -no importa cuánto- en función de la inflación de este 2007. Con eso se acaba todo; no se precisa un 20%, un 30% menos, simplemente con un poquito, nada más, se acaba todo. El ajuste necesariamente va a venir por la calidad, porque los costos suben al subir los precios.

Además, hay una pérdida total del control y de la responsabilidad de los administradores y de los prestadores de salud. Como todo se remite a la Junta, que es la que autoriza o desautoriza, la exculpación va a ser el camino más fácil, el método más corriente. Por lo tanto, cualquier problema va a ser exculpado tomando como chivos expiatorios a los integrantes de la Junta; ante cualquier problema que tengan las mutualistas derivado del aumento de sus costos o de que el sistema, en general, les aumente los costos -ya que, en realidad, no controla mucho-, van a pedir un aumento en la cuota salud; pero sólo podrá haber incremento de la cuota salud si hay un alza de los impuestos. Al final, todo se traslada a ese ente que creemos que puede solucionar todo, o sea el Estado que, a diferencia del Rey Midas, que transformaba en oro todo lo que tocaba, termina destruyendo todo lo que toca. Digo esto porque todo el mundo piensa que el Estado, con sólo introducir la mano, saca oro de donde sea.

Otro problema de riesgo lo constituyen las emergencias móviles, que todavía no están incluidas en la cuota salud y que, al parecer -según ha trascendido-, van a cubrir solamente el servicio de Clave 1. La Clave 1 implica un costo de, prácticamente, la mitad de lo que se cobra hoy por la cuota, mientras que las mutualistas habrán de ocuparse de todo el trabajo de radio y ambulatorio que hoy realizan las emergencias, lo que significa un aumento de costos que finalmente alguien habrá de pagar o, de lo contrario, se verá deteriorado su nivel de atención. Otro riesgo recae en el manejo de las cuotas por cumplimiento de metas asistenciales, donde la discrecionalidad es muy grande; los riesgos también están en la discrecionalidad que pueda tener la Junta para reducir la cuota y para suspenderla temporaria o totalmente. Cualquiera de estas medidas lleva, indefectiblemente, a la desaparición automática de quien recibe el dinero, y todos sabemos cómo funciona esto y la presión que se puede ejercer.

En este sentido, puedo relatar una anécdota, si bien no tengo por qué mencionar quién me la contó. Cuando se produjo la reducción de la devolución de impuestos a los textiles, se compensó, supuestamente, mediante un subsidio por única vez a determinados sectores y por empresa, y por un cambio en el régimen de prefinanciación de exportaciones En ese momento una persona me llamó y me preguntó por qué razón me había opuesto a la medida y había afirmado que, en realidad, eso iba para unos amigos, etcétera. Agregó que yo sabía que eso terminaría perjudicando sustancialmente al sector. Le contesté que sí, que efectivamente sería así, y le pregunté "¿por qué usted no lo dice?" La respuesta fue: "Nos dijeron que si nosotros abríamos la boca, ni esto habría". Evidentemente, estos son los riesgos que se corren con esta Junta que se encarga de distribuir, de imponer cuotas, sus plus y de fijar metas.

Señor Presidente: sigo sin entender cómo queda en todo esto el Fondo Nacional de Recursos. En principio, quedaría igual, pero no llego a comprender cuál es el sentido de la redacción; por lo tanto, no me voy a expresar sobre ese punto, ahora.

En resumidas cuentas, debo decir que este proyecto de ley deja afuera al menos a dos millones de personas, por lo que de "sistema nacional" tiene poco; aumenta los impuestos a todo el mundo y, en parte, a los mismos a quienes se les impuso el Impuesto a la Renta de las Personas Físicas. Así, una vez más, se castiga a quien más trabaja: si la persona tiene dos trabajos, va a pagar dos veces el 1,5% o el 3% adicional; en caso de que el esposo y la esposa trabajen, a ambos se les va a descontar el 3% adicional; en cambio, si trabaja sólo uno de ellos, será sólo ese el que va a pagar el 3%. A más trabajo, más impuesto.

Me pregunto si estos son o no criterios de justicia; la verdad es que dudo mucho de que lo sean. Como el criterio de justicia es un concepto que siempre tiene muchas aristas, hay que examinarlo con cuidado.

Creemos que son muy pocos los beneficiados en realidad, ya que un cálculo primario daría que podrían ser beneficiadas entre 75.000 y 90.000 familias, algo así como el 8% del total de las familias uruguayas. El resto no se vería beneficiado en nada o sería perjudicado. Ya vimos que el aporte de dinero del Estado por concepto de otros impuestos no es tan sustancial. Por lo tanto, se empezó por lo más fácil y se dejó afuera todo lo que tiene costos.

En su momento, cuando se estudiaron las ideas originales, dijimos que este sistema costaba, en términos de impuestos, entre US$ 600:000.000 y US$ 700:000.000. Habría que hacer las cuentas, pero con lo que queda fuera de estos cálculos, más o menos, nos aproximamos a esa cifra. No olvidemos que esa cantidad es lo que hay que cobrar de impuestos para sostener este sistema. Reitero que hablamos de cobrar impuestos. Es por estos motivos que se tira para adelante a los jubilados, a los cuentapropistas, a los desocupados, a los hijos mayores de dieciocho años que no trabajen y a los profesionales. Se los deja para más adelante. Además, para no pagar costos políticos a los empleados mejor pagos del Estado, los de las empresas públicas, los dejamos afuera, no les cobramos impuestos.

Con una frase muy sabia que fue introducida a último momento y que recogió el artículo 58/3, se faculta al Poder Ejecutivo a postergar las fechas de ingreso establecidas en la ley -todas comienzan a partir del 2010-, siempre que fuera necesario, para asegurar la sostenibilidad de las cuentas públicas. Ante esto, digo: ¡hay que juntar tres puntos del Producto Bruto Interno mediante impuestos! ¡No es changa! Un 3% del Producto Bruto Interno significa 1,2 veces más que el actual Impuesto a la Renta de las Personas Físicas. Los números no cambian, son siempre los mismos.

Es verdad que hay algunas cosas que son como saludos a la bandera, pero hay que mencionarlas. Cualquier persona que gane menos de $ 4.090, no aporta el 1,5% ni el 3% adicional pero, en realidad, con ese sueldo tampoco va a ir a la mutualista. O sea que si bien no se le descuenta, tampoco tiene beneficios. Cualquier jubilado que gane menos de $ 4.254 podría ir a una mutualista si aporta el 3% adicional; pero este caso no se va a dar porque esta persona, además, debe integrar -según el artículo correspondiente- un hogar cuyo ingreso promedio por todo concepto sea menor o igual a $ 4.254 mensuales. Por lo tanto, si un jubilado integra un hogar -es decir, vive en un lugar donde, además de su jubilación, puede haber otras entradas- con un ingreso inferior a esa cifra, es imposible que pueda ir a una mutualista en esas condiciones.

Señor Presidente: entonces, estamos en presencia de dos conjuntos vacíos. Por lo tanto, más allá de que el espíritu de la ley sea compartible, de que la integración y coordinación de los servicios sea algo bueno y de que uno pueda acompañar algunos artículos de la ley -en general los que son meramente declarativos-, el Partido Colorado va a votar en contra este proyecto de ley porque entiende que lo que se estaría haciendo es nada más que fijar un impuesto, otro impuesto más, sobre los mismos trabajadores, para beneficiar a unos pocos y perjudicar a muchos pero, sobre todo, para centralizar la salud del país en pocas manos y ocupar un lugar de poder importante aunque muy inconveniente.

Creemos que a mediano y largo plazo, tal como ha ocurrido en todos los lugares del mundo donde se intentó llevar adelante sistemas parecidos a éste, los hechos nos van a dar la razón y veremos que todo se va a tirar para atrás de alguna manera. Pero la cuestión es que en este caso va a ser muy costoso. No olvidemos que no estamos ante una reforma tributaria, que puede ser fácil de tirar para atrás; por el contrario, la reforma de la salud va a resultar difícil de revertir porque hacerlo tiene muchos costos sociales y de adecuación, y muy pocos se animan salvo cuando llega la crisis terminal, aunque en algún momento el país, lamentablemente, habrá de asumirlos.

13) SOLICITUDES DE LICENCIA

SEÑOR PRESIDENTE (Don Gustavo Penadés).- Dese cuenta de una solicitud de licencia llegada a la Mesa.

(Se da de la siguiente:)

El señor Senador Abreu solicita licencia por el día 3 de octubre del corriente año.

- Léase.

(Se lee:)

SEÑOR SECRETARIO (Arq. Hugo Rodríguez Filippini).-

"Montevideo, 2 de octubre de 2007

Señor Presidente de la
Cámara de Senadores
D. Rodolfo Nin Novoa
P r e s e n t e

Señor Presidente:

Solicito al cuerpo autorización para hacer uso de licencia con la correspondiente convocatoria de suplente, al amparo del inciso 2º del artículo 1º de la Ley 10.618 en la redacción dada por la Ley 17.827 -ausencias por impedimento basadas en motivos personales-, por el día 03 de octubre del corriente año.

Sin otro particular, saludo al señor Presidente con mi más alta consideración.

Sergio Abreu. Senador."

SEÑOR PRESIDENTE (Don Gustavo Penadés).- Se va a votar la licencia solicitada.

(Se vota:)

- 19 en 20. **Afirmativa.**

Oportunamente se convocará al suplente respectivo.

14) SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

SEÑOR PRESIDENTE (Don Gustavo Penadés).- Continúa la consideración del proyecto de ley por el que se crean normas referidas al Sistema Nacional Integrado de Salud.

La señora Senadora Xavier había solicitado la palabra para hacer una aclaración. ¿Desiste de la solicitud?

SEÑORA XAVIER.- En virtud de que resta solamente media hora para pasar a cuarto intermedio, me parece adecuado que tenga la oportunidad de hacer su intervención el siguiente orador.

SEÑOR PRESIDENTE (Don Gustavo Penadés).- Tiene la palabra el señor Senador Michelini.

SEÑOR MICHELINI.- Señor Presidente: con cierta sorpresa voy a hacer uso de la palabra porque, en verdad, no sé cómo en una misma intervención se puede expresar que el proyecto de ley contiene aspectos loables y después compararlo con autoritarismo, colectivismo y estalinismo. Sinceramente, no puedo comprenderlo.

Admito que en el fragor de nuestro trabajo presentamos unas cuantas y extensas modificaciones relacionadas con conceptos importantes del proyecto de ley, pero ello sólo justifica algunas de las aseveraciones y no todas las que se han hecho, porque en algunos de los artículos se agrega, simplemente, la palabra “todo” o una coma, lo que no afecta sustancialmente su contenido.

Digo esto porque acá todos nos conocemos y cada uno tiene su propia trayectoria. Escuchamos con mucha atención algunas de las intervenciones y, realmente, no podemos admitir que de un mismo proyecto se diga que tiene todos los males, que no tiene bondades y a renglón seguido, después de categorizarlo como estalinista -adjetivo que en palabras de algunos tiene una connotación más negativa-, se marque y se exprese como virtud que su génesis, en definitiva, surgió en un gobierno de otro partido, independientemente de que después se le introdujeron correcciones en los tiempos militares. Al parecer, se intenta decir “Bueno, en definitiva, acá hay un proyecto que se aprovecha de la génesis de otro”.

En mi opinión, por lo menos tendríamos que intentar ubicar el proyecto de ley en su lugar. Por supuesto, primero hacemos una autocrítica: por más que hayamos pactado que la semana que viene se va a discutir el articulado, como Senadoras y Senadores no nos gusta venir a una sesión sin los tiempos de que todos quisiéramos disponer, incluso, para nosotros mismos. No tengo ningún problema. Soy muy respetuoso del sistema democrático, he luchado por él y respeto la separación de Poderes. Incluso, discrepando con algunos integrantes de mi Bancada, estoy absolutamente convencido de que el sistema bicameral es bueno, porque nos da diferentes instancias de consideración. Me acotan que otros sistemas no; está bien, pero en mi opinión nuestro sistema nos permite subsanar y corregir determinados elementos.

Ahora bien, no es mi intención que los proyectos de ley se discutan a toda carrera, agua que acá todos hemos bebido. Cuando alguien se golpea el pecho y manifiesta que cuando era oficialista no aprobó ningún proyecto a las corridas, en mi opinión, falta a la verdad. Falta a la verdad, pero no porque ello sea lo mejor, no estoy defendiendo ese mecanismo ni siquiera con relación a esa iniciativa que quiero que se considere cuanto antes porque está vinculada con la rebaja del precio del boleto. Pero ese es un tema a renglón seguido.

SEÑOR ALFIE.- A hoja de ruta.

SEÑOR MICHELINI.- A hoja de ruta y otras.

SEÑOR ALFIE.- ¿Me permite una interrupción, señor Senador?

SEÑOR MICHELINI.- No era un palo para usted, pero con mucho gusto le concedo una interrupción.

SEÑOR PRESIDENTE (Don Gustavo Penadés).- Puede interrumpir el señor Senador Alfie.

SEÑOR ALFIE.- Cuando se dice que hay proyectos que salieron a la carrera, sí, es verdad, a veces se aprueban proyectos a la carrera. ¿Pero cómo no se va a votar un proyecto en un fin de semana cuando, si no se votaba, el lunes siguiente no podían abrir los bancos, que hacía cuatro días que estaban cerrados? Claro que sí.

El tema no es ese. Lo importante es que este proyecto de ley que estamos considerando está acá hace ya casi diez meses, y lo que no admitimos es que pase esto después de diez meses. Esa es la diferencia.

Muchas gracias.

SEÑOR PRESIDENTE (Don Gustavo Penadés).- Puede continuar el señor Senador Michelini.

SEÑOR MICHELINI.- Si es necesario, podemos votar la

creación de una Comisión para que busque todos los proyectos que desde el 1º de marzo de 1985 a la fecha fueron aprobados en menos de 30 y de 15 días. Se podría hacer un listado; incluso, tengo información de proyectos mucho más complejos que este, ya que afectaban otros valores.

SEÑOR GAMOU.- ¿Me permite una interrupción, señor Senador?

SEÑOR MICHELINI.- Con mucho gusto.

SEÑOR PRESIDENTE (Don Gustavo Penadés).- Puede interrumpir el señor Senador Gamou.

SEÑOR GAMOU.- Ya que estamos recordando, cabe mencionar también que en un fin de semana se votó la Ley de Caducidad de la Pretensión Punitiva del Estado y la expulsión del ex Senador José Germán Araújo. En esos casos no había Bancos que abrir, sino quién sabe qué.

Muchas gracias.

SEÑOR PRESIDENTE (Don Gustavo Penadés).- Puede continuar el señor Senador Michelini.

SEÑOR MICHELINI.- Señor Presidente: la discusión no radica en si se votaron proyectos a la carrera. A nosotros no nos gusta ese mecanismo, pero tampoco nos vamos a golpear el pecho ni a aceptar que otros lo hagan sosteniendo que nunca lo hicieron. Es simplemente una anotación al pie, nada más.

Por supuesto, quisiéramos disponer de más tiempo, pero la decisión, que no se tomó en forma caprichosa, es que el 1º de enero se empiece a instrumentar este sistema para lo que, evidentemente, no tenemos mucho tiempo, y este es un tema complejo. Todos sabemos que la instrumentación y la reglamentación de una ley no son sencillas.

¿Por qué pretendemos que se empiece a instrumentar el 1º de enero? Porque lo que aquí se dispone va a alcanzar a más de 400.000 niños. La cifra de usuarios que se atiendan en ASSE o en las mutualistas -hablamos del total- se acerca más a 500.000, pues no nos referimos solamente a los usuarios de las mutualistas, sino a todos los ciudadanos que ingresan en el sistema, se atiendan en uno u otro lado. No hablamos entonces del 60% que podría recibir el servicio de una mutualista, tal como lo planteó algún señor Senador, sino del universo, o sea, del 100%, ya se atienda en ASSE o en las mutualistas.

La instrumentación de todo este sistema no es fácil, pues se requiere de la reglamentación correspondiente. Además, los usuarios deben optar por una mutualista o por ASSE. A esto hay que agregar el tiempo de consideración de la otra Cámara.

Sé que se me están yendo los minutos y todavía no he ingresado en la consideración del proyecto de ley, pero quiero decir que nosotros tenemos una actitud, un talante, una forma de hacer las cosas que podrá gustar o no, pero lo cierto es que las reformas las discutimos con los interesados y después llegan al ámbito parlamentario. Hemos abordado muchas reformas de esta manera y hay otras que van a ingresar al Parlamento de la misma manera. Se nos puede criticar, lo admitimos, pero después, cuando los tiempos apremian, apretamos el acelerador. Muchas veces nos han sugerido desde algunos sectores que utilicemos la mayoría que tenemos, porque nos fue otorgada por el electorado el 31 de octubre de 2004; sin embargo, nosotros hemos optado por un proceso más lento pero más seguro. Por supuesto, en determinados momentos tenemos que ejercer nuestra mayoría, sobre todo cuando estamos convencidos de que es una buena iniciativa, tal como ocurre con este proyecto de ley cuyas disposiciones abarcan a tantos niños.

¿Cómo funciona esto? Se nos podrá preguntar: "¿Por qué no optaron por poner todo el servicio de salud a nivel del Estado?". Podría haber sido una de las opciones -en ese caso se cobraría lo que correspondiese-, pero no creo que los individuos por sí solos adquieran el derecho si no hacen un aporte. Además, creemos que, por la cantidad de usuarios que posee, el Estado no tiene la capacidad de dar el nivel de prestaciones que sería deseable. Sin embargo, en determinados departamentos esa prestación la da igual o mejor Salud Pública, ASSE.

Por lo tanto, proponemos un sistema al que todos los ciudadanos estén integrados. Algunos van a continuar en Salud Pública con los aportes que les estamos otorgando y otros podrán optar entre Salud Pública y una mutualista. ¿Quiénes podrán hacerlo? Principalmente aquellos que cobran un salario. En esa concepción, señor Presidente, no nos inclinamos por poner a todos en el Estado, sino por que una parte de la población -los que tienen una vinculación salarial, los que ya están jubilados y los que lo vayan haciendo- pueda optar entre el sistema público y el mutual. Fácilmente habrá 400.000 ó 500.000 personas menos, ya que algunos quedarán en Salud Pública.

Si dividimos el presupuesto asignado a Salud Pública por la cantidad proyectada de usuarios obtendremos, un promedio de $ 600 o $ 700 mensuales, lo que mejora notoriamente la relación presupuesto-usuario.

¿Que eso no es seguridad de calidad, señor Presidente? Absolutamente de acuerdo. Y si hay algo que debemos reconocer en la izquierda es que es crítica. Todos estamos preocupados porque vamos a poner plata y queremos ver resultados. Vamos a votar el proyecto de ley y la financiación correspondiente. Queremos ver resultados en un lado, porque se va a pagar, y en el otro, porque al disminuir la cantidad de usuarios, habrá un monto presupuestal mayor para atender a los usuarios que en general son los que no tienen una vinculación formal, los cuentapropistas, gente con menores ingresos a la que queremos sacar de la pobreza y a la que le queremos mejorar sustancialmente la atención,

en lo que vamos a poner toda nuestra energía para que así sea.

Se nos podrá criticar muchas cosas, pero cuando nos ponemos tesoneros y críticos en el sentido de que un sector dé cierto nivel de prestación, lo logramos. Consideramos que Salud Pública, atendiendo a menos usuarios, tiene que mejorar las prestaciones. Esto no lo digo yo; muchos señores Senadores aquí presentes hacían cuestión de un compromiso del propio Poder Ejecutivo, de nuestra fuerza política. Mantuvimos reuniones pesadas -de las que no voy a dar detalles- en las que ese tema y el de los copagos eran cruciales. Tratamos de ver si el nivel de prestación que se les va a dar a los usuarios que quedan en Salud Pública y a los que irán a las mutualistas, a quienes vamos a estar financiando -porque para muchas mutualistas son una cantidad impresionante de usuarios-, es el correspondiente. Intentamos que no haya usuarios que no puedan utilizar los servicios por no poder pagar los medicamentos. Personalmente, he sido insistente en ese aspecto, pero otros lo han sido mucho más porque saben que acá nos estamos jugando recursos para los sectores más pobres. Por lo tanto, proponemos que se suban las prestaciones para los sectores más pobres que permanecen en Salud Pública, y que para los que vayan a las mutualistas no haya barreras, como copagos, tiques de medicamentos y demás que impidan la asistencia que voluntariamente deseamos ofrecerles.

¿Quiénes se van a atender, señor Presidente? Con mucha más sabiduría que quien habla, la señora Senadora Xavier ya lo ha dicho. Ahora se están atendiendo los funcionarios públicos, porque estamos votando dos proyectos de ley con un mismo objetivo, el mismo sistema y el mismo seguro. También se van a atender los empleados públicos que han entrado ahora al sistema, así como los menores de 18 años y los mayores de 18 años con discapacidad, hijos de trabajadores públicos y privados. Era injusto que un trabajador pudiera atenderse en una mutualista y sus hijos tuvieran que ir a otro lugar, o que para poder utilizar los servicios el trabajador debiera sacar muchos de sus recursos.

¿Quiénes más se van a atender? Estarán incluidos los hijos de los concubinos, que no son propios pero que están viviendo bajo un mismo techo. No sabemos cuántos son, pero queremos dar cobertura a todos los niños.

Asimismo, se van a atender quienes se jubilen en el futuro. Este no es un tema menor, pero según cómo se lo mire, se nos critica. Si hubiéramos establecido un 6% para todo el mundo, se nos diría que imponemos un fiscalazo a gente que no va a recibir un beneficio. Si en cambio planteamos un 1,5%, se nos manifiesta que las personas con mayores recursos que están cerca de jubilarse y no tienen hijos a su cargo tendrían que ayudar más. Nosotros planteamos un 1,5% porque tenemos otra óptica. Nosotros le estamos pidiendo un esfuerzo a los ciudadanos con el IRPF. Se nos ha dicho que es criticable y denostable, pero estamos pidiendo que el que tiene más aporte más y que el que tiene menos aporte menos. Esto no fue fácil de establecer. Hubo compañeros muy respetables y destacados de nuestra Bancada que pusieron alguna objeción. Terminamos acordando que quien tiene beneficiarios aporte un 3%, y quien no los tiene, un 1,5%. Ese 1,5% no lo aportará sólo por un tema de solidaridad, sino para obtener un beneficio que no se debe desconocer: estamos generando un seguro de por vida. Cuando la persona se jubila, gana menos -y menos aún si está alcanzado por los topes- y tendrá un derecho que no posee actualmente. Desde el momento en que sus prestaciones bajan, en la actualidad pierde el derecho; queda con una jubilación mucho menor que lo que antes percibía y sin el resguardo de una cobertura de salud. Si planteamos un horizonte de tres o cuatro años -por los posibles problemas de financiamiento-, cuando la persona se jubile también tendrá cobertura para su cónyuge. Pagando un 6,5% de su jubilación tendrá un seguro de por vida en el tema de la salud para él y su cónyuge.

Señor Presidente: le puedo asegurar que todos los jubilados alcanzados por los topes tendrán un subsidio. Todos serán beneficiarios en el momento en que más necesitan tener esa atención. Sólo por eso ya vale el proyecto.

Asimismo, más adelante se integrarán al sistema los profesionales y esto también provocó una importante discusión en la Bancada. No se trata de que ese colectivo financie al resto, porque hay profesionales que ganan más y otros menos. Además, en cierta medida, no le generan costos al sistema, pero seguramente va a haber que poner ahí algo de los recursos públicos.

Sólo por el conjunto de estos beneficiarios, señor Presidente, creo que la reforma es excepcional. Quiero que nos evalúen por nuestra reforma; que en el año 2009, cuando la ciudadanía nos llame a examen, nos evalúen por esto. Hemos hecho otras reformas convencidos de ellas, aunque personalmente no lo he estado tanto de sus beneficios como de los de esta. No entiendo cómo se dice que es un fiscalazo y después que el Estado tiene que poner no los US$ 50:000.000, sino los US$ 39:000.000. ¡Entonces, le estamos dando al conjunto de la población un beneficio! ¿Para qué? Para que todo el mundo tenga la salud asegurada, ya sea a través del Ministerio de Salud Pública o de las mutualistas.

A continuación, quiero referirme a otros aspectos. Después, cuando se trate cada uno de los artículos, veremos algunos detalles con más detenimiento. Se dice que la Junta es todopoderosa y, además, que debía tener la planta física. Lo que veo es que hay una lupa para examinar a las mutualistas. ¡Y hacemos bien! Es lo mismo que ocurre con los Bancos y con las AFAP. Si una AFAP no da ganancias en equis años, debe cerrar. Independientemente de esa discusión, el Estado se mete a tal punto en esos Fondos, que si no dan ganancias, se cierran. Nosotros estamos creando un Fondo de salud de tal dimensión que, en algunos casos, implica un aporte del 3% -en los sectores más bajos y en las pasividades-, más lo que se agrega de los patrones, por debajo de determinado monto, que es un 4,5% -cuando no

hay beneficiarios, salvo la propia persona-, y un 6% si se tiene alguien a cargo. Entonces, si estamos generando ese monto y ese Fondo, ¡cómo no vamos a poner una lupa para examinarlos! También voy a poner una lupa enorme en las prestaciones que se dan por parte de las entidades. Estamos poniendo plata, ¡cómo no vamos a controlar! ¿Acaso vamos a poner plata alegremente? Se podrá discutir sobre si poner o no plata. Aquellos que piensan que no hay que hacerlo, para ser coherentes deberían eliminar DISSE -o el FONASA- lisa y llanamente. Pero no veo por qué los privados lo tendrían y los públicos no; o los trabajadores sí, pero no sus hijos. Eso sería absolutamente injusto. Respeto a quien piense que el Estado no debe meterse en la Salud, pero si alguien dice que debemos tener un Fondo que haga las veces de seguro de salud, entonces, debemos controlarlo; tenemos que estar ahí, con el aliento tras la espalda. No podemos dejar ninguna cosa al azar, independientemente de que se manejen todos los aspectos de libertad. Queremos que los que están en las mutualistas sean los que juzguen y decidan cuál brinda mejor servicio; y que quien invierta en recursos humanos, en atención y en planta física tenga una ecuación más satisfactoria.

Ahora me voy a referir a una preocupación que tenemos en el Nuevo Espacio, al igual que varios sectores del Frente Amplio -me animaría a decir que todos-, relativa al tema de los copagos. Estamos invirtiendo un volumen inmenso de dinero de las arcas públicas y, a la vez, contamos con el esfuerzo de los trabajadores, en el marco de una ingeniería compleja que deberá manejarse con determinada reglamentación bajo el control de la Junta que, como dicen los más jóvenes, deberá tener las pilas puestas. Entonces, no se nos puede caer el sistema o tener un impedimento u obstrucción que afecte a los sectores de menores ingresos -que van a estar en las mutualistas con sus hijos- por el tema de los medicamentos. Podrá haber otros obstáculos que no vimos, otros problemas de los que nadie nos advirtió; la realidad podrá ser más sabia y encontrar otras situaciones, pero el tema de los copagos de los medicamentos lo advertimos todos, y así se lo hemos informado a la señora Ministra y a todos aquellos con quienes nos hemos reunido en forma permanente. Estoy muy convencido de esta reforma, creo que es muy buena y que trae enormes beneficios para la sociedad, sobre todo para los niños, pero hago especial hincapié en el tema de los copagos, para que en el futuro, desde el propio Poder Ejecutivo -nuestro Poder Ejecutivo- no se diga que nadie lo advirtió.

El próximo martes el Senado ingresará a la discusión particular de este proyecto de ley. Disponemos de una semana para intercambiar ideas con los miembros de la oposición; incluso, se podrá introducir modificaciones que mejoren el proyecto, y muchas de las que ya están aquí fueron propuestas por integrantes de la oposición. Está en nosotros mejorar esta iniciativa; así lo hemos hecho. Estamos convencidos de que vamos por el buen camino y creemos que esta es una reforma que, como dijo el señor Senador Alfie, no vuelve para atrás. ¡Y no vuelve para atrás porque es buena!

SEÑOR PRESIDENTE (Don Gustavo Penadés).- El Senado pasa a cuarto intermedio hasta las 18 horas.

(Así se hace. Es la hora 13 y 57 minutos)

(Vueltos a Sala)

(Ocupa la Presidencia el señor Rodolfo Nin Novoa)

SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, se reanuda la sesión.

(Es la hora 18 y 3 minutos)

15) ASUNTOS ENTRADOS

SEÑOR PRESIDENTE.- Dese cuenta de varios asuntos entrados fuera de hora.

(Se da de los siguientes:)

"La Presidencia de la Asamblea General destina un Mensaje del Poder Ejecutivo al que acompaña un proyecto de ley por el que se autoriza a la Intendencia Municipal de Montevideo a convocar a una Licitación Pública Internacional cuyo objeto incluya la concesión de la gestión de la Sala de Juegos del Casino Municipal, que funciona en el Hotel Casino Carrasco.

- A LA COMISION DE HACIENDA.

El Ministerio de Educación y Cultura remite respuesta al pedido de informes solicitado por el señor Senador Francisco Gallinal, relacionado con los gastos en educación para los años 2006 y 2007, y con la construcción de un liceo en la ciudad de Melo.

- OPORTUNAMENTE FUE ENTREGADO AL SEÑOR SENADOR FRANCISCO GALLINAL.

La Comisión de Constitución y Legislación eleva informado un proyecto de ley por el que se autoriza el uso de la documentación electrónica en todos los procesos judiciales y administrativos que se tramitan ante el Poder Judicial.

- REPARTASE E INCLUYASE EN EL ORDEN DEL DIA DE LA PROXIMA SESION ORDINARIA."

16) PROYECTO PRESENTADO

"El señor Senador Julio Lara Gilene presenta, con exposición de motivos, un proyecto de ley relacionado con la radiodifusión social de servicio público sin fines de lucro.

- A LA COMISION DE POBLACION, DESARROLLO E INCLUSION."

(Texto del proyecto de ley presentado:)

"Proyecto de ley para la radiodifusión social de servicio público sin fines de lucro

Capítulo I

Objeto

Art. 1º) La radiodifusión es una actividad de comunicación que cumple una finalidad primordial pero no única en el ejercicio de la libertad de expresión y de información. La presente ley tiene por objeto establecer disposiciones que regulen la prestación del Servicio de Radiodifusión Social de servicio público sin fines de lucro realizado exclusivamente por Asociaciones Civiles nacionales, cuyo objeto sea de carácter socio cultural, sin fines de lucro con sede en el área de prestación del servicio, satisfaciendo necesidades de comunicación social, contribuyendo al perfeccionamiento social y cultural local difundiendo valores éticos , la defensa de los derechos humanos y sociales de la persona y de la familia y fortaleciendo los vínculos que hacen a la esencia de la identidad cultural de la comunidad.

Capítulo II

Principios Específicos de funcionamiento

Art. 2º) Las prestaciones del servicio de radiodifusión con modulación en frecuencia (FM) serán de una potencia máxima de 20 watts efectiva radiada (PER) y una altura media de antena (HMA) de 30 metros, salvo las del departamento de Montevideo que podrán autorizarse con mayor potencia por razones técnicas justificadas.

Art. 3º) El Poder Ejecutivo administrará las frecuencias radioeléctricas garantizando sus derechos y basándose en los siguientes principios: A) Promoción de la pluralidad y la diversidad; la promoción de la diversidad debe ser un objetivo primordial de la legislación de radiodifusión, de esta ley en particular y de las políticas que desarrolle el Estado. B) No discriminación, se deberá garantizar igualdad de oportunidades para el acceso de los habitantes de la República a los medios de comunicación electrónicos para que puedan ejercer sus derechos entre los que se encuentran el de información y libertad de expresión. C) Transparencia y publicidad en los procedimientos y condiciones de otorgamiento de las autorizaciones.

Art. 4º) Este servicio de radiodifusión será prestado exclusivamente por Asociaciones Civiles Nacionales sin fines de lucro, con la previa autorización del Poder Ejecutivo asesorado por la Unidad Reguladora de Servicios de Comunicaciones quien además deberá controlar el cumplimiento de las disposiciones de la presente ley, sin perjuicio de lo preceptuado en el artículo 19.

Art. 5º) Las Asociaciones Civiles solicitantes deben estar debidamente constituídas y las personas que integran su Comisión Directiva deberán cumplir con los requisitos previstos en el Art. 9 del Decreto 734/78 con sus modificativas, y además no deberán sus integrantes conformar una persona jurídica o ser titular físico permisionario de medios de radiodifusión o TV para abonados. La Comisión Directiva designará a uno de sus miembros como representantes responsables de la Asociación Civil ante la Unidad Reguladora de Servicios de Comunicaciones, quien deberá estar domiciliado en el área de la prestación del servicio.

Art. 6º) No podrán ser beneficiarias con más de una estación en todo el territorio nacional, una Asociación Civil sin fines de lucro permisionaria de una emisora de Radiodifusión Social, ni podrán operar en ningún caso como repetidoras. La asociación titular del servicio podrá conceder espacios gratuitos a otras asociaciones sin fines de lucro, debidamente constituídas, que desarrollen en los mismos, programas estrictamente referidos a su objeto.

Art. 7º) Las estaciones de radiodifusión de servicio público sin fines de lucro, tendrán limitadas la operación al objeto de la asociación y las posibles asociaciones que requieran de su explotación, no pudiendo realizar difusión de otros contenidos no comprendidos en sus fines.

Art. 8º) Sólo podrán presentarse a los llamados que se efectúen para la prestación de los servicios referidos aquellos interesados que no estuvieren explotando emisoras sin autorización al momento del llamado correspondiente.

Art. 9º) Prohíbase toda negociación de cualquier naturaleza que implique directa o indirectamente la transferencia, cesión o arrendamiento de la emisora. Queda prohibido asimismo el comodato o arrendamiento de espacios.

Art. 10º) El Poder Ejecutivo otorgará las autorizaciones con carácter precario y revocable sin indemnización a través de llamados públicos a interesados, basándose en los criterios expuestos en la presente ley. En caso que el número de interesados que satisfagan las condiciones establecidas supere las frecuencias disponibles, el Poder Ejecutivo a través de la URSEC promoverá un acuerdo entre los interesados, a efectos de compartir la utilización de las frecuencias. De no llegarse a un acuerdo, el Poder Ejecutivo podrá dirimir la situación a través de un sorteo público. Las frecuencias a adjudicar no podrán superar el 20% de las emisoras autorizadas con anterioridad a la presente ley en cada departamento, con un mínimo de una (1) por ciudad capital departamental

Capítulo III

Programación

Art. 11°) Las emisiones deberán ajustarse al cumplimiento cabal de las obligaciones legales y reglamentarias relativas al contenido de la programación. No pudiendo

además realizar audiciones de música sin que esta configure un requerimiento del objeto de la asociación explotadora del servicio. Las estaciones deberán quedar sin portadora en momentos en que no se efectúe programación.

Art. 12°) El contenido de la programación deberá tener carácter cultural, educativo, informativo, de entretenimiento o religioso, quedando prohibido radiodifundir avisos comerciales de cualquier tipo. Deberán contribuir al desarrollo sociocultural de los habitantes del área de servicio, inspirados en principios de respeto a los valores morales y culturales; de protección de la familia, de los derechos de la infancia, la juventud, la ancianidad, los discapacitados; la dignidad, la vida privada de las personas y todos los derechos y libertades consagrados en la Constitución.

Art. 13°) Sin perjuicio de lo antes dispuesto y con el fin de su autogestión, podrán recibir donaciones, aportes solidarios y auspicios que tengan referencia con el objeto de la Asociación Civil, debidamente documentados, bajo sanción de revocar la autorización. Mensualmente deberán difundir los nombres de los mismos, a efectos de asegurar la mayor cristalinidad, no pudiendo la información tener naturaleza de pauta o aviso publicitario. No podrán recibir donaciones o subvenciones de cualquier clase o índole de Gobiernos extranjeros, Estados extranjeros o entidades extranjeras, salvo expresa autorización del Poder Ejecutivo.

Art. 14°) Las emisoras que por esta ley se regulan deberán radiodifundir los comunicados especiales de servicio públicos, por razones de salud, seguridad y otras emergencias, cuando les sea requerido.

Capítulo IV

Condiciones Técnicas

Art. 15°) Las autorizaciones para la instalación y funcionamiento de las emisoras se otorgarán teniendo en cuenta las limitaciones del espectro radioeléctrico, la disponibilidad de frecuencias, las reglamentaciones técnicas que establezca la Unidad Reguladora de Servicios de Comunicaciones y los Convenios y Acuerdos internacionales vigentes en nuestro país.

Capítulo V

Infracciones

Art. 16°) Las emisoras incurrirán en responsabilidad frente a la Administración en los casos considerados en el Art. 3°) del Decreto Ley 14.670 de 23 de junio de 1977, así como frente al incumplimiento de lo establecido en la presente Ley.

Art. 17°) La comisión de infracciones dará lugar a la aplicación de las sanciones establecidas en el artículo 89 de la Ley 17.296 de 21 de febrero del 2001.

Capítulo VI

Uso no autorizado de espectro radioeléctrico

Art. 18°) El que utilice el espectro radioeléctrico a los efectos de prestar un servicio de radiodifusión, cualquiera sea su naturaleza, potencia y modalidad, sin previa autorización del Poder Ejecutivo, será castigado con pena de tres (3) a veinticuatro (24) meses de prisión; y quedará inhabilitado para presentarse a llamados públicos para la prestación de cualquier servicio de radiodifusión e integrar asociaciones civiles y comerciales cuyo objeto sea la explotación de servicios de radiodifusión, por el término de diez (10) años.

Capítulo VII

Comisión Asesora Honoraria

Art. 19º) A los efectos de estudiar la viabilidad de los proyectos presentados por las Asociaciones Civiles que aspiran a obtener permisos de radiodifusión se conformará una Comisión Asesora Honoraria en la órbita del Ministerio de Industria y Energía que preceptivamente se expedirá sobre las propuestas presentadas.

Art. 20º) La Comisión estará integrada por : Un miembro propuesto por el Poder Ejecutivo; un miembro por cada una de las Asociaciones Gremiales de radioemisoras preexistentes a la vigencia de la presente ley; dos miembros del Congreso Nacional de Intendentes y un miembro de la Asociación que represente a las radios sociales de servicio público sin fines de lucro.

Capítulo VIII

Disposición transitoria

Art. 21°) Sin perjuicio de lo dispuesto en el Art. 10°), el Poder Ejecutivo, mediante llamado público, podrá otorgar permisos provisorios a estaciones que operen con carácter experimental dentro de los noventa (90) días siguientes a la promulgación de la presente ley. Estos permisos provisorios sólo podrán otorgarse a personas jurídicas que cumplan con los requerimientos contenidos en la presente ley y caducarán en el momento en que se efectúe el llamado público definitivo a interesados en el área geográfica correspondiente. El otorgamiento de estos permisos no genera derecho o beneficio alguno sobre los demás participantes en el llamado público correspondiente

Art. 22°) El Art. 18°) entrará en vigencia a los noventa (90) días de la publicación de la presente ley en el Diario Oficial.

Montevideo, 2 de octubre de 2007.

Julio C. Lara Gilene. Senador.

EXPOSICION DE MOTIVOS

Antes de introducirnos en los fundamentos de nuestra iniciativa, entendemos es imprescindible aludir al proyecto aprobado en Cámara de Diputados, a efectos de la mayor comprensión del tema.

Para ello, consideramos de fundamental importancia lo expresado por el Dr. Delpiazzo en la Comisión de Población y Desarrollo del Senado. Respecto del proyecto aprobado en Cámara de Diputados el Dr. Delpiazzo efectuó una excelentísima exposición de la cual sólo reseñaremos parte de esos comentarios y críticas. En primer lugar, establece que si bien en nuestro derecho positivo se consagra el derecho a la libre asociación y a la libertad de empresa, esto no significa que de forma automática se le otorgue el derecho a la concesión de una porción del espectro radioeléctrico a cualquier grupo de gente que lo desee, porque tratándose de un bien limitado es posible que no haya disponibilidad de ondas, además del derecho preferencial del SODRE en lo referido a la asignación de frecuencias.

En segundo término, y desde un punto de vista estructural, el texto aprobado, entiende el letrado, es por demás extenso, y desde un punto de vista del contendido, tiene grandes y graves carencias, incurriendo en excesos y hasta falta a la verdad en sus aseveraciones. Dispone la regulación, y el contralor en la materia, mas no dispone un sistema conminatorio del control, tampoco impone un sistema punitivo, con lo cual la aplicación de las normas se hace imposible en los hechos.

Finalmente y para resumir el letrado señala que la aplicación de un sistema como el planteado en el proyecto con media sanción, va a generar disfunciones, va a enlentecer los trámites y se va a convertir en un ejemplo de libro de burocratización administrativa.

Nuestra iniciativa, sin embargo, es un aporte al marco normativo ya existente, que se conforma principalmente por normas internacionales, es un plus, el cual está alineado en la búsqueda de la eliminación del informalismo y el otorgamiento al aplicador, de armas para el mejor tratamiento de los problemas que surgen en relación a la radiodifusión en nuestro país. No se introducen innovaciones de procedimiento, evitando así caer en entramados burocráticos.

El presente proyecto de ley para la radiodifusión Social del Servicio Público sin fines de lucro, tiene como objeto conformar en el ámbito jurídico nacional un marco normativo que permita la expresión de organizaciones sociales que aspiran tener medios de comunicación autogestionados a fin de desarrollar planes específicos en materia cultural, salud, medio ambiente, etc. y profundizarlos.

Las radios autorizadas que emiten legalmente en la actualidad y en particular las radios del interior, han sido desde sus inicios, en el año 1924, verdaderas cajas de resonancias del acontecer local y departamental, hoy con más de 200 radios autorizadas es un ejemplo para el mundo de una verdadera pluralidad democrática. A lo que hay que sumarle la imposibilidad material de monopolizar los medios de comunicación por interesados o grupos económicos transnacionales, dado que las radioemisoras locales son pequeñas y medianas empresas familiares con profunda vocación en su quehacer.

El arraigo a la comunidad, la profunda interrelación entre la audiencia y las emisoras, las han convertido en las radios de la comunidad que han permitido, sortear, apoyar y promover los problemas comunitarios para darle la difusión y solución que de otra manera no lo tendrían.

Los mensajes de las radios del interior llegan a toda una región llevando las alegrías, las tristezas y en definitiva la historia de las vidas que hacen a la esencia de un pueblo.

El sostenimiento económico de las mismas también ha sido obra sustancialmente de la comunidad, con sus avisos, dado que el gran cliente que es el Estado ha gastado en los medios de comunicación de la capital y no ha invertido en los medios locales.

En los últimos años los requerimientos sociales específicos han aumentado y dado que el tiempo es finito en las radioemisoras, muchas organizaciones sociales no logran disponer del mismo en la medida que sus necesidades de comunicación exigen.

Asimismo los costos de mantenimiento y renovación de elementos técnicos de las radioemisoras han aumentado, lo cual exige una mayor eficiencia en la obtención de recursos económicos que permitan mantener las empresas, todo lo cual fundamenta que el Legislador deba ser muy prudente en la concesión de facilidades que privilegien la existencia de otros medios de comunicación que puedan transformarse en competencia desleal, ya que un análisis socio económico objetivo concluirá en que existe, especialmente en el interior, una verdadera saturación de radioemisoras. No obstante lo anterior y procurando un equilibrio que permita - sin arriesgar la presencia eficaz de los medios vigentes- habilitar formas de expresión de las organizaciones sociales, culturales, ONGs y otros, es que hemos elaborado el presente proyecto.

Entendemos, este proyecto como una contribución para

lograr una mayor extensión de la libertad de expresión, objetivo sustancial de un Estado de Derecho.

El espectro radioeléctrico que administra el Estado permitiría la concesión de nuevos permisos de radiodifusión en las mismas condiciones que las actuales emisoras, pero dado los objetivos de las organizaciones sociales requerientes de este tipo de servicio, es necesario darle un marco normativo y técnico que sin afectar los actuales proyectos, puedan satisfacer sus necesidades de comunicación con costos bajos y factibles de sostener.

Este proyecto contempla asimismo la conveniencia de adoptar sanciones para aquellos que violen las normas vigentes en la materia, lo que es también un principio sustancial de un Estado de derecho.

En resumen, entendemos que el proyecto contempla las aspiraciones de las organizaciones sociales nacionales, reafirma la legalidad, promueve una mayor libertad de expresión creando un marco de convivencia sostenible entre los diversos y legítimos intereses que conforman la sociedad en materia de radiodifusión.

Montevideo, 2 de octubre de 2007.

Julio C. Lara Gilene. Senador."

17) SOLICITUD DE LICENCIA

SEÑOR PRESIDENTE.- Dese cuenta de una solicitud de licencia.

(Se da de la siguiente:)

"El señor Senador Baráibar solicita licencia por los días 8 y 9 de octubre".

- Léase.

(Se lee:)

SEÑOR SECRETARIO (Arq. Hugo Rodríguez Filippini).-

"Montevideo, 2 de octubre de 2007.

Sr. Presidente de la
Cámara de Senadores
Don Rodolfo Nin Novoa

De mi mayor consideración:

Por la presente solicito al Cuerpo se me otorgue licencia por los días 8 y 9 de octubre y se convoque a mi suplente correspondiente, de conformidad con la Ley Nº 17.827, Artículo 1º, literal C), que establece la causal 'misión oficial'.

Deberé viajar, en mi condición de Vicepresidente por Uruguay del Parlamento Latinoamericano, a la ciudad de Santo Domingo, República Dominicana, para participar en la Junta Directiva del PARLATINO.

Adjunto a la presente la copia de la carta convocatoria y la agenda de la reunión.

Sin otro particular, le saluda muy atentamente.

Carlos Baráibar. Senador."

SEÑOR PRESIDENTE.- Se va a votar si se concede la licencia solicitada.

(Se vota:)

- 15 en 16. **Afirmativa.**

18) INTEGRACION DEL CUERPO

SEÑOR PRESIDENTE.- El señor Enrique Pintado ha presentado nota de desistimiento, por lo que se convocará al señor Milton Antognazza.

19) SUBSIDIO AL TRANSPORTE COLECTIVO DE PASAJEROS URBANO Y SUBURBANO

SEÑOR MICHELINI.- Pido la palabra para una cuestión de orden.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor Senador.

SEÑOR MICHELINI.- Señor Presidente: la Comisión de Hacienda cumplió con el cometido que se le había asignado y, por tanto, solicitamos que se reparta el proyecto de ley relativo a medidas tendientes a combatir el alza de precios. Posteriormente, haremos las consultas necesarias para que se vote el pedido de urgente consideración.

SEÑOR PRESIDENTE.- Se va a votar la moción del señor Senador Michelini.

(Se vota:)

- 16 en 19. **Afirmativa.**

20) SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

SEÑOR PRESIDENTE.- Continuando con la consideración del proyecto de ley sobre el Sistema Nacional Integrado de Salud, tiene la palabra el señor Senador Antía.

SEÑOR ANTIA.- Días atrás manifestamos a la señora Presidenta de la Comisión de Salud Pública nuestra disconformidad por la forma acelerada en que se pretende votar un proyecto de ley que se presenta con cincuenta modificaciones, las que recién el día viernes fueron comunicadas a los señores Senadores. Esto se hizo luego de cinco o seis meses de trabajo en Comisión y de tres meses de discusión en el seno de la Bancada de Gobierno. Por tanto, creemos que ese procedimiento no es el adecuado para con un Partido que ha trabajado y apoyado la discusión seria de este proyecto de ley sobre salud, que tanto cambiará -o no- el tratamiento de la temática de la salud en nuestro país. En definitiva, creemos que merecíamos otra consideración. Afortunadamente, en el día de ayer se nos concedió una semana de plazo para analizar la propuesta. De todas formas, queríamos dejar sentada nuestra discrepancia con el procedimiento.

Por otro lado, queremos dejar claro que tanto este proyecto de ley como el relativo a la descentralización de ASSE y el del FONASA, también tienen un común denominador: todos ellos fueron una gran improvisación. Recordamos que en oportunidad de analizarse el proyecto de ley de ASSE, se hicieron presentes en la Comisión varios asesores de nuestro Partido que lo modificaron totalmente y que la señora Ministra lo aceptó. Nos pareció que faltó estudio, que no había un conocimiento real de las reglas de juego en el área de la salud, a pesar de que la señora Ministra es médica y de que se trata de un área muy cercana al Partido de Gobierno. De todas formas, la propuesta adolecía de tremendos errores y defectos en su arquitectura, lo que se trasladaría al resultado futuro.

A pesar de todo esto y luego de una serie de modificaciones realizadas en Comisión, nuestro Partido acompañó dos de los tres proyectos de descentralización del sistema de salud. Lo hicimos porque nuestro Partido participa de la idea de un sistema nacional integrado de salud y porque estamos a favor de la equidad, de la solidaridad, del progreso y de que esté al alcance de todos los uruguayos. Sin embargo, no podemos acompañar este proyecto de ley porque entendemos que adolece de una serie de defectos que pueden representar un paso atrás en el desarrollo de la atención de la salud de nuestro país.

Sostenemos esto convencidos de que es así y luego de haber participado en una numerosa Comisión de apoyo y de estudio con técnicos y asesores de nuestro Partido, cuya tarea fue encomendada por el Directorio. La Comisión trabajó durante varios meses y llegó a la conclusión de que este proyecto tiene una visión sesgada de la realidad en materia de salud. Se piensa que a partir de ahora va a comenzar a mejorar el sistema de salud y no se están reconociendo los magníficos resultados que en nuestro país se dieron en esta área en los últimos 20 ó 25 años. Se está arriesgando tirar abajo el progreso que en nuestra corta vida hemos visto desde el interior del país, prácticamente en todos los departamentos y también en la capital. La salud en el Uruguay no es la misma que hace 20 ó 25 años. Esto se refleja en los índices, por ejemplo, de mortalidad infantil que se redujo a la tercera parte -colocándonos en el segundo país de Sudamérica- y en el de mortalidad materna, que es la mitad del de Cuba, que se toma como referencia.

Este es un país que ha desarrollado una enorme cantidad de políticas sociales y de apoyo en el área de salud, en lo que tiene que ver con la producción de agua, con la educación, con el fomento, con la prevención, etcétera; sin embargo, aparece el Partido de Gobierno como en una misión refundadora de la salud, con un proyecto que desconoce todo lo que está, que deja entrever que lo hecho no tiene valor, y de ahora en más descubrimos la pólvora y vamos a mejorar la salud para todos. No es así, señor Presidente: nuestro Partido contribuyó durante estos últimos años al desarrollo de la salud de este país y lo hizo positivamente; incluso en 1986 planteó -el señor Senador Da Rosa hacía referencia a ello- un proyecto completo; o sea, no sólo una exposición de motivos, no sólo intenciones, sino un proyecto completo de reforma de la salud, como base para avanzar en una salud mejor para los uruguayos.

Esa propuesta del Partido Nacional coincide en muchos de los puntos con lo que hoy está presentado el Partido de Gobierno, pero también tiene algunas diferencias fundamentales. En esa oportunidad, nuestros Senadores hicieron un diagnóstico de la salud del Uruguay y un análisis detallado de las posibilidades de desarrollo. Asimismo, se involucraba a los usuarios y a los trabajadores de la salud, porque compartimos la idea de que es necesario que también participen en la toma de decisiones. Era una idea moderna que, además, iba al detalle de la descentralización y organización a nivel departamental, de cómo debería ser el tema de las relaciones entre las estructuras de los Ministerios, el tema presupuestal y el tema de los salarios, cosa que hoy no existe en este proyecto. Aquí se habla de enunciados y de buenas intenciones en general, pero discrepamos con lo que ha presentado el Partido de Gobierno en esta tercera ley grande -como se dice- que parte de la base de que las cosas no están bien y de que el sistema mutual no está cumpliendo un rol fundamental. Hay que reformar la salud pública, pero este proyecto encara todo en forma simultánea y eso puede generarnos un gran problema. Se están limitando las posibilidades de desarrollo del sistema mutual y emparejando hacia abajo con tal de lograr un sistema único y unificado.

Nosotros creemos que hay una percepción de tiempos en la acción que no es correcta. Se debería partir de un proceso gradual -y nosotros comprendemos que está bien-, en primer lugar, de un desarrollo a fondo de la salud pública, de una inversión en serio, para que no ocurra el caos que todos estos días hemos visto en los distintos

hospitales públicos nacionales y departamentales, en Florida, en Flores, etcétera. La salud pública del Uruguay debería tener como referencia elementos de gestión que son claros y que muestran que no es un tema de inversión, sino de darle realmente la importancia, la atención y el buen gerenciamiento a los hospitales públicos. Tenemos ejemplos magníficos como el de Tacuarembó, el de Libertad y el de Maldonado que, con ciertas dificultades, también cuenta con la conformidad de la población en cuanto a la atención.

Nosotros entendemos que este proyecto encara todo al mismo tiempo, sin dar a la salud pública el lugar que se merece, en cuanto a potenciarla, mejorarla, invertir y equiparar en materia salarial a médicos y funcionarios.

Según tengo entendido, uno de los motivos por los cuales se va a apurar la votación en el Parlamento, es que se hace necesario dar un mensaje en cuanto a que el sistema de salud sigue para adelante y que esto va a ayudar a la resolución de conflictos que están planteados, que han sido tremendamente duros y que son la señal de que van a haber muchos otros, porque las diferencias salariales que hoy existen en toda el área de la salud son inmensas.

Entendemos que por un tema de tiempos, este tratamiento conjunto del área pública y de la privada, concentrada en un organismo rector como el Fondo Nacional de Salud, va a generar dificultades en el crecimiento de la salud pública postergando su desarrollo. Este es uno de los temas que vemos que está cantado. Pero, además, no es un sistema nacional integrado, porque acá quedan fuera de la percepción de quienes analizaron y pensaron el proyecto, todos los aportes de otras instituciones. No se cuantifica, por ejemplo, lo que está aportando el Hospital de Clínicas, más allá de que se utilice como centro de atención de asuntos terciarios, pero tampoco se tienen en cuenta todos los aportes, que son millonarios en recursos económicos, humanos y físicos, de los municipios de todo el país que no se integran a este programa. Nadie sabe cuál va a ser el rol, por ejemplo, de las policlínicas de los departamentos de Maldonado, San José y Salto, en este futuro sistema integrado de salud. Es más, cuando nuestro Partido propuso que el FONASA -el Fondo que va a financiar toda la salud- se hiciera cargo del costo de los medicamentos y de los médicos -nada más que eso- de las policlínicas de atención primaria de todo el interior del país, el Partido de Gobierno dijo que no, desdiciéndose de esa línea descentralizadora que plantea por otro lado. No logramos entender por qué.

Entonces, consideramos que no se está valorando ni percibiendo bien cómo se construye y cómo es la globalidad de la salud en el Uruguay. Por ejemplo, cuando el Decano de la Facultad de Medicina vino a Comisión, le preguntamos cuántos funcionarios estaba aportando la Universidad de la República a la salud, pero en ese momento no supo contestar. Después se nos informó que más de 900 médicos e internos están participando en esta tarea, pero por ese aporte no hay una retribución hacia la Universidad más allá del presupuesto. Me refiero a una retribución que le permita integrarse, mejorar sus salarios, hacer que los médicos del Hospital de Clínicas perciban sueldos similares a los de Salud Pública y percibir las cápitas para poder invertir en investigación, en desarrollo y en mejorar sus locales. Eso no está contemplado. Tampoco están contemplados los servicios de Sanidad Policial, ANCAP, Banco de Seguros del Estado ni Hospital Militar. Entonces, este sistema no es nacional, ya que no contempla a una cantidad de usuarios de la salud, como por ejemplo a aquellos jubilados que perciben más de dos bases de prestaciones y contribuciones, a los pequeños empresarios, sus hijos, a los artesanos y sus hijos; solamente abarca a los trabajadores dependientes y a sus hijos. Sin embargo, en el día de ayer aparecieron una serie de modificaciones que incluyen una solución gradual para otras personas. Eso nos hace pensar que este Sistema Nacional Integrado de Salud está desfinanciado porque, al no contemplar a tanta gente, ¿cómo va a hacer después para incluirla? ¿Con qué presupuesto lo va a hacer? ¿De dónde va a sacar los recursos para contemplar a ese más de un millón de personas que hoy no participan del Sistema? En todo el texto del proyecto de ley no aparece ninguna explicación a ese respecto, ni una sola.

Precisamente, este aspecto nos preocupa, porque si bien se habla de gradualidad, y si bien esta es una de las grandes reformas que plantea el Gobierno, la percepción que hemos tenido los integrantes de la Comisión es la de una enorme improvisación en todas las leyes propuestas, tanto en las chicas como en esta. Aquí se han presentado 45 modificaciones y 16 artículos nuevos a tres días de considerar el proyecto de ley en el Plenario. Entonces, si en la planificación existe tanta improvisación, imaginemos qué va a suceder durante la efectiva puesta en marcha.

Más allá de los problemas que pueda tener el sector privado mutual -experiencia casi única en el mundo-, no compartimos que a partir de este proyecto de ley surja esa pérdida de libertad, que le aten las manos y le impidan competir para crecer y mejorar. El éxito de la salud en este país surgió de la iniciativa privada, de la inventiva de aquel que tiene empuje para traer nuevas técnicas o instrumentos que permiten la competencia para lograr mayor captación de personas, siempre dentro de un marco de solidaridad que ha impulsado el desarrollo de este sector. Pensamos que mediante este proyecto de ley los Directores van a tener menos interés en que el sistema funcione, porque van a quedar atados de manos, ya que se crea un embudo en la Junta Nacional de Salud que todo lo puede, todo lo decide y todo lo hace; que si quiere, paga, y si no quiere, no paga; si quiere, paga una parte; si quiere, premia, y si no quiere, no premia.

En este proyecto de ley ni siquiera están especificados los caminos para obtener los beneficios del 6% adicional por mejor atención primaria de la salud; no se definen los caminos para obtener premios y, en cambio, sí aparecen las amenazas de los castigos. Por tanto, la Junta Nacional de Salud se va a encargar tanto de la reforma de una policlínica

en Sarandí Grande como de la importación de equipamiento de alta tecnología para el Hospital Maciel, y todo lo van resolver su Presidente o dos burócratas nombrados por el Gobierno, por el poder político, que no tienen el compromiso de quienes están al frente de estas mutualistas que han desarrollado la salud del país y que forman parte de un sistema cooperativo exitoso. Esto, inevitablemente, termina en una pérdida de calidad de la atención de la salud; se va a enlentecer el proceso que lleva a que cualquiera pueda operarse y va a aumentar las listas de espera. Sin duda que lo va a hacer porque el factor de ajuste va a ser el ingreso, que va a ser manejado por el Fondo Nacional de Salud en base a unas cápitas que hasta el día de hoy no están claras.

Creo que es bueno remarcar que no tenemos certeza de que estas estén correctamente definidas. En las comparecencias a la Comisión, más de una vez un Director de alguna organización mutual dijo que al día siguiente de que este proyecto de ley se aprobara, entregaría la llave al economista Olesker, porque con este valor de cápitas las mutualistas iban a terminar cerrando. A propósito, se pidieron datos acerca de las cápitas y nos enviaron unos folletos fotocopiados que aportan poca información. Pero, además, sabemos que eso está permanentemente sujeto a cambios; lo están los costos de la salud -como comprobamos todos los días-, así como los de las verduras, los de las carnes y los de todos aquellos alimentos que forman parte de la canasta familiar. Pues bien, los costos de la salud también van a estar sujetos a cambios y habrá una Junta que decida todo. Pero, ¿va a decidir bien o mal? Cada decisión tomada por esa Junta podría terminar con una mutualista, podría terminar hundiendo a unos y levantando a otros, y en eso es en lo que nosotros debemos tener sumo cuidado en este proceso.

El Estado va a asumir el control general y todas las responsabilidades, aun si se termina fundiendo todo el sistema de salud del país; va a asumir todas las responsabilidades porque va a recibir todo el dinero y tendrá todas las posibilidades de pagar. Pero también va a asumir las deudas de las organizaciones mal gerenciadas; no sé cómo va a resolver las deudas que hoy se adquieren y pasan a integrar este Sistema, ni las de aquellas mutualistas que llegan a cifras difíciles de pagar. ¿Qué va a pasar con este Sistema el día que el Estado no pueda aportar los rubros presupuestales si sobreviene una crisis -tal como ya ha ocurrido- y tiene que hacer reducciones? ¿Cómo va a instrumentar la atención de la salud? ¿Cuál va a ser la responsabilidad de esta Junta? Probablemente vaya a decir que dispone de tantos recursos y no más; entonces ajustará hacia abajo y el resultado será el empeoramiento de la atención de la salud, lo que seguramente vaya a suceder.

Sin duda, la motivación de todo el sector mutual va a cambiar, corriendo el riesgo de perder aquellos elementos de progreso en la atención de la salud que hemos visto en el interior del país. Allí da la casualidad de que la mayor parte de las mutualistas son más pequeñas y tienen menos problemas de administración; inclusive, es donde hay más atención en Salud Pública. Y es precisamente aquí donde se corren serios riesgos de dar un paso atrás. En cambio, en la capital son más importantes el segundo y el tercer nivel de atención en salud y donde, casualmente, las mutualistas tienen mayores dificultades económicas. Por otra parte, tal vez es donde haya mayores posibilidades de mejoría, ya que las grandes instituciones se van a ver beneficiadas con el ingreso de la masa de funcionarios públicos a partir de la creación del FONASA.

Sin embargo, como Partido, nosotros no queremos ser responsables de dar un paso atrás en este tema de la salud, y por eso decimos que nuestro Partido está a favor de un sistema integrado, pero no del que se propone, en el que todo el poder -de carácter estatal y rígido- se concentra en la Junta Nacional de Salud. Tenemos ejemplos de esto y como muestra podemos citar lo que ocurrió hace unos días cuando el Banco de Previsión Social, que ya empezaba a administrar el Fondo, manejó condiciones que tal vez eran imposibles de llevar adelante. Me refiero, por ejemplo, a cambios de horario y a modificaciones en el funcionamiento de las mutualistas, planteando exigencias porque era "el dueño de la plata". Esto va a pasar; sin duda, ese poder enorme que va a tener la Junta Nacional de Salud va a generar problemas, en el futuro, a todos los usuarios.

Además, todo este lío, esta mordaza y este embudo que se ha armado en torno a la Junta Nacional de Salud -que, a mi juicio, es como ponerle la pata encima a la libertad del sector mutual-, es para dar ingreso, según se ha dicho, a 500.000 niños. Esto es lo que se dice y, en los hechos, serían los nuevos ingresos. Sin embargo, no se dejaba de atender a esos niños porque, ¿dónde se atendían los hijos de los trabajadores? Alrededor de 180.000 ó 200.000 ya estaban en mutualistas, pero a los 300.000 restantes alguien los atendía, porque no conozco ningún caso en este país en el que no se haya atendido a algún menor, ya sea un niño o un joven.

La salud pública de este país recibe a todo el mundo y en su ámbito ha llevado a cabo operaciones exitosas de corazón y de transplante de huesos -procedimientos sumamente costosos- a niños, jóvenes y adultos sin recursos. Esto no existe en otros países. He sabido de europeos que han venido aquí y se han maravillado de cómo una persona sin recursos, rápidamente puede ser operada del corazón con la mejor tecnología; esto fue construido durante todos estos años y no podemos darle la espalda a sus resultados positivos.

Nos estamos arriesgando a echar para atrás algo que, de pronto, es cierto que precisa de algunas correcciones así como de inversiones, de motivación y de coordinación. Esto es lo que nuestro Partido concebía: una coordinación, un interrelacionamiento, una coparticipación público - privada y la posibilidad de no sobreponer esfuerzos. Sin embargo, parece que ese no es el criterio de este Gobierno, que ha tratado de generar un mando férreo, una organización firme y dura en la órbita del Estado, que seguramente va a estar en manos de burócratas y de directores políticos,

que sabemos no son mejores administradores que quienes están hoy al frente de las diversas instituciones privadas. Salvo algunas excepciones, como la de Tacuarembó y alguna otra más, no hay ejemplos de buena administración con funcionarios públicos.

Entonces, me pregunto por qué se quiere llevar todo el sistema privado al sector estatal. ¿Por qué no se toma el tiempo necesario para lograr el desarrollo del sector público sin echar para atrás al sector privado, de manera de alcanzar las metas y la eficiencia que éste ha concretado en los últimos veinte años?

Creo que este ha sido un error de concepción de quienes planificaron esta reforma del sistema de salud, que sabemos ya habían llevado adelante otras reformas. En este sentido, recuerdo que hace unos años planificaron una reforma impositiva que fue un gran fracaso y que hizo perder las elecciones al Partido que hoy está en el Gobierno. Esta reforma del sistema de salud ha sido elaborada por parte de ese mismo equipo y pensamos que también puede ser un fracaso, cuya recuperación le puede costar muchos años y mucha plata a nuestro país.

Señor Presidente: nosotros vamos a votar muchos de los artículos de esta iniciativa y hemos hecho muchos aportes para mejorar un texto que nos parecía horrible, pero en términos generales queremos dejar constancia de que no estamos de acuerdo en desarmar un sistema mutual exitoso para cumplir con una línea programática que ya estaba preanunciada desde hacía mucho tiempo. Tenemos la flexibilidad de adecuar nuestro pensamiento a la realidad; creemos que a este proyecto de ley le falta, precisamente, la adecuación de aquellas ideas que tiene el Partido de Gobierno con la realidad de este país.

SEÑOR PRESIDENTE.- ¿Me permite, señor Senador?

Ha llegado a la Mesa una moción del señor Senador Gallinal en el sentido de que se prorrogue el tiempo de que dispone el orador.

Se va a votar la moción formulada.

(Se vota:)

- 21 en 22. **Afirmativa.**

Continúa en uso de la palabra el señor Senador Antía.

SEÑOR ANTIA.- Señor Presidente: ya se han resaltado, por parte del señor Senador Da Rosa, las principales dificultades de este proyecto de ley, por lo que no voy a insistir en ellas. Simplemente, quiero dejar constancia de que se va por mal camino, por un camino riesgoso, y que se podría haber optado por otras vías mejores para el país. No obstante, ello fue una elección de este Gobierno, que tomó un camino propio, no consultó a los Partidos de la oposición ni les dio participación. Creo que ese fue un error ya desde las bases de elaboración de esta iniciativa.

Se ha dicho que esto fue discutido, y la exposición de motivos dice expresamente: "La reforma de salud que instrumenta la presente Ley se inspira en las definiciones programáticas del Gobierno Nacional en la materia, profundizadas en el curso de un proceso de discusión amplio entre el Ministerio de Salud Pública y los actores involucrados, en el seno del Consejo Consultivo para el Cambio en la Salud". Sin embargo, nosotros pensamos que este es un cambio en el sistema de salud de los uruguayos, que pueden ser frenteamplistas, blancos, colorados, independientes, anarquistas, etcétera.

En lo que me es personal, creo que el Partido de Gobierno habría hecho bien si, por lo menos, hubiera consultado la opinión de los Partidos de la oposición, pero no lo hizo. En ninguno de los tres proyectos que forman el proyecto madre participó nuestro Partido, ni siquiera lo hizo en los Consejos Consultivos, en los que se convocó a quienes quisieron. En este sentido, puedo decir que hubo quejas importantes en la Comisión de Salud Pública de parte de integrantes del área de la salud, que manifestaron que habían sido consultados pero no escuchados, aclarando expresamente que se había hecho oídos sordos a sus planteos. Estas quejas son de mutualistas, de unidades de emergencia móvil y de la propia Universidad de la República, a la que citaron en una oportunidad y, según sus apreciaciones, no la escucharon. Esto se plantea en un documento, y puedo decir que nos invitaron a una reunión del Consejo de la Facultad de Medicina en la que refrendaron lo dicho. Es más, estaban reclamando ser incluidos -y lo plasman en un documento- en la distribución del FONASA. Asimismo, en aquel momento pedían ser incluidos, junto con los hospitales públicos de ASSE, en la distribución de las cápitas. En definitiva, lo que pretenden es ser parte de este Sistema Nacional Integrado de Salud; estoy hablando de la propia Universidad de la República, que es la que forma a nuestros médicos, y que tampoco se sintió muy apoyada en esos momentos.

Esto no es bueno cuando estamos hablando de una reforma que pretende regir por muchos años; no es bueno para este Gobierno, que se ha acostumbrado a discutir dentro de su Bancada y entre sus dirigentes, pero no con los demás. Está aplicando una línea que tiene bastante parecido con la soberbia; diría, está acostumbrado a las mayorías absolutas de la Junta Departamental de Montevideo y parece que dijera "Tengo la mayoría, sigo para adelante y no tengo por qué discutir con nadie". Eso no es lo que queremos para nuestro país. Hemos visto reflejada esa actitud en el fracaso de los cuatro o cinco temas de Estado de la agenda nacional. Este también es un tema de Estado. Por parte del partido de Gobierno no ha existido la humildad necesaria para convocar a discutir este asunto. Sí hubo disposición a efectuar cambios en la Comisión, pero dentro de ciertos parámetros. Se aceptaba, por ejemplo, cambiar alguna pala-

bra o tomar alguna idea del Partido Nacional, del señor Senador Alfie o del señor Senador Da Rosa. Posteriormente, nos dieron un plazo de una semana para estudiar 50 modificaciones. Estamos agradecidos por ello, pero entendemos que la salud del Uruguay merece otro tipo de tratamiento, por el bien de los uruguayos.

Además, tenemos un montón de dudas acerca del financiamiento. Hay mucha gente que queda afuera, que no está comprendida en este sistema que, por lo tanto, no es nacional ni integral. La exposición de motivos del proyecto de ley firmada por el Presidente de la República, que se refiere a todos los uruguayos que viven en el territorio nacional, se contradice con los artículos propuestos. Están utilizando un verso en el que participan los niños, para ganarse la simpatía de los uruguayos a fin de que apoyen el Sistema Nacional Integrado de Salud. Reitero que no están comprendidos todos los uruguayos. La gente se va a ir dando cuenta de quiénes quedan afuera. Han puesto cláusulas que "salvan la petisa", tales como que se "facultará al Poder Ejecutivo para que ingresen" o "ingresarán en tal fecha si se dan las condiciones" o, de lo contrario, queda todo por el camino.

Se habla de aportar el equivalente a la renta correspondiente. En la reforma de la salud había un componente muy importante de financiamiento a partir del IRPF. En más de una oportunidad, se alcanzó a decir por parte de operadores del Gobierno que habría aportes del 6% o del 8%, y eso desapareció como por arte de magia, porque esa discusión coincidió con la puesta en marcha de la reforma tributaria, que está siendo recibida bastante mal por el pueblo uruguayo. La discusión de esta reforma de la salud es parecida a la de la reforma tributaria en el sentido de que no se discutió con la oposición, sino dentro del partido de Gobierno. La reforma tributaria se fue discutiendo durante la marcha, nació agujereada como un queso y sigue siendo perforada. Lo mismo va a suceder con esta reforma de la salud, que fue aprobada en una Comisión del Parlamento, pasó a una Comisión del Frente Amplio, laudaron internamente entre distintos sectores políticos, tranzaron para que no fuera discutida en la Cámara de Representantes y luego apareció con 50 modificaciones.

Como existe experiencia en el manejo de la salud por parte de gran cantidad de médicos que pertenecen a la colectividad política del Gobierno -el Presidente de la República y la Ministra de Salud Pública son médicos-, pensé que esta reforma tendría otra dimensión. A nosotros, que no somos médicos -hemos ido aprendiendo lo que pudimos y nos costó bastante comprender la iniciativa- nos sorprende que se haya planteado un proyecto de ley con estas características. Sin duda, perdemos libertad, eficiencia y posibilidades de desarrollarnos. Se habla de descentralización, pero no se otorgan los recursos para ello. Nuestro partido no es responsable porque no fue convocado. A mi juicio, esto deja bien en claro algo que considero muy importante. Me refiero a la incapacidad del Gobierno de tejer acuerdos de Estado con los otros partidos. Esta discusión es otra prueba de que este Gobierno no tiene capacidad para hacerlo, así como tampoco para mantener el diálogo a fin de vivir en democracia. Eso es malo para el país; no constituye una buena señal y es un horizonte oscuro que tenemos por delante.

Hay otros defectos importantes que voy recordando y que son muy peligrosos, pero solamente me voy a referir a uno de ellos.

Esta reforma de la salud no dice nada sobre las emergencias nacionales. No hay una sola solución para el sistema de emergencia nacional en este proyecto de ley, a pesar de que efectúan 1:500.000 asistencias anuales. Hay 1.500 asistencias gratuitas a nivel de calle. El señor Senador Aguirre me acota que gran cantidad de gente se ha salvado de morir en este país gracias a dichas emergencias. ¡Cuántas familias han podido salvarse y cuántas personas revivieron por el trabajo de las emergencias médicas que surgieron espontáneamente para cubrir un hueco que ni la salud privada ni el Estado abarcaban! No están comprendidas en este proyecto de ley de reforma de la salud porque son empresas con fines de lucro. ¡Vaya palabra! ¡Qué espantoso hablar de fines de lucro! Es algo que no podemos concebir por nuestra formación socio-política. Pero aunque lo sean, lo importante es que salvan vidas. Sin embargo, no se las contempla; solamente se pretende contemplar el 5%, la Clave 1. Como son con fines de lucro, les dicen que no les van a pagar el FONASA porque no tratan con agiotistas especuladores que lucran y, por lo tanto, van a tratar con ellas a través de organizaciones sin fines de lucro. De esa manera, las puentean y van a destruir un mecanismo que ha salvado miles de vidas. Personalmente, he tenido en mi familia problemas extraordinariamente fuertes como para poder decir con propiedad lo que estoy afirmando. Reitero que las emergencias no están concebidas. Cuando empiecen a verse afectados por este cambio de la salud, los pacientes se van a agolpar en los mostradores de las mutualistas o de Salud Pública y van a abarrotar a organizaciones de la salud que no estarán preparadas para recibirlos. Las cápitas van a resultar chicas, porque están calculadas de otra forma, es decir, sin tener en cuenta al millón y medio de personas que dejarán de asistirse en las unidades de emergencia y que realizarán la consulta por picos de presión, desmayos, arritmias y demás en las mutualistas. Esto llevará a una pérdida de la calidad; y nadie del partido de Gobierno le ha dado solución. Hace unos días se acercaron personas a nuestro despacho para solicitar que, por lo menos, les contemplaran el pago directo y no puenteado por intermediarios. Esto tampoco ha sido planteado en el proyecto de ley.

Creo que hay una visión equivocada de la realidad sanitaria de nuestro país. No se incluye a los municipios a pesar de todo lo que han dado. Tampoco se valoró el aporte a la salud en el Hospital de Clínicas y no se cuantifica ni se calcula el aporte de las emergencias. Si sumamos todo lo que no se cuantifica, constatamos una falta de planificación. Quien no alcanza a ver el todo, ¿cómo va a ordenar el andar

y la marcha? Eso es imposible. Quien no ve la globalidad, nunca podrá andar por un buen camino para hacer funcionar la reforma de la salud. Esto nos da lástima, pero como integrantes de nuestro partido tenemos la obligación de decirles a los uruguayos que se está corriendo un gran riesgo. No compartimos este criterio estatista de poner una mordaza, pasar todo por un embudo y acaso jugar con la salud de los uruguayos.

SEÑOR GAMOU.- ¿Me permite una interrupción, señor Senador?

SEÑOR ANTÍA.- Con mucho gusto.

SEÑOR PRESIDENTE.- Puede interrumpir el señor Senador Gamou.

SEÑOR GAMOU.- Señor Presidente: he escuchado atentamente la intervención del señor Senador. Creo que hay un problema ideológico. Hay quienes piensan que el gran tema es esa mano invisible del mercado que arregla todo y hay quienes creemos que, a veces, lo que hace esa mano es dar cachetadas a la gente, por no decir puñetazos. Pero analicemos lo que ha hecho esa mano invisible del mercado en la salud uruguaya. Recuerdo que hace algunos años, cuando la señora Senadora Xavier iba a hacer una interpelación y yo colaboraba con el entonces Senador Mujica, me mandaron a hacer una investigación y, para mi sorpresa, descubrí que Uruguay, porcentualmente, en cuanto a su Producto Bruto Interno, era uno de los países que más dinero gastaba en el mundo en salud. Y la salud andaba muy mal; se ubicaba en un 10%. Pero veamos qué hizo esa mano invisible del mercado, a la que tanto llamaba el señor Senador preopinante. Esa mano invisible terminó con la Mutualista del Partido Nacional, con Uruguay-España, la Mutualista Batlle, la Asociación Fraternidad, con España Mutualista, con OCA, CEMECO, Empleados Civiles de la Nación, y podría mencionar más. No digo que esa mano invisible del mercado dio cachetazos o pegó puñetazos, pero, por lo menos, desconectó el suero y las transfusiones, porque después tuvo que venir papá Estado a arreglar eso. ¡Entonces, se nos quejan!

A continuación, deseo hacer dos reflexiones finales. En este país no había atención primaria. Cualquier persona mínimamente seria sabe que la mejor forma que tiene un país para maximizar los recursos que gasta en salud es poniendo énfasis en la atención primaria. Pero la atención primaria no se logra cuando todo es regulado por esa mano invisible del mercado que a lo que aspira es al lucro. Además, es verdad que tuvimos que discutir este tema en la Bancada del Frente Amplio, tanto en la de Senadores como en la de Diputados, pero zanjamos esa diferencia en el entendido de que era lo mejor para el país. Ahí no hubo negociación alguna, ni de cargos, ni de otras cosas.

Muchas gracias.

SEÑOR PRESIDENTE.- Puede continuar el señor Senador Antía.

SEÑOR ANTIA.- Ya he terminado, señor Presidente.

21) SUBSIDIO AL TRANSPORTE COLECTIVO DE PASAJEROS URBANO Y SUBURBANO

SEÑOR MICHELINI.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor Senador.

SEÑOR MICHELINI.- Formulo moción para que se vote como urgente el proyecto de ley remitido por el Poder Ejecutivo -que ya se repartió-, relacionado con la rebaja del boleto del transporte colectivo de pasajeros urbano y suburbano.

SEÑOR PRESIDENTE.- Se va a votar la moción presentada.

(Se vota:)

- 24 en 25. **Afirmativa.**

El Senado pasa a considerar el proyecto de ley por el que se autoriza al Poder Ejecutivo a subsidiar el transporte colectivo de pasajeros urbano y suburbano.

(Antecedentes:)

"Ministerio de Economía y Finanzas
Ministerio de Transporte y Obras Públicas

Montevideo, 1° de octubre de 2007.

Sr. Presidente de la
Asamblea General:

El Poder Ejecutivo tiene el honor de dirigirse a ese Cuerpo, remitiendo el Proyecto de Ley referente a medidas tomadas por el Poder Ejecutivo, tendientes a combatir el alza de precios, en particular de aquellos artículos que impactan directamente en la economía de los hogares de menores recursos.

Saluda al Sr. Presidente con la mayor consideración.

Dr. TABARE VAZQUEZ, Presidente de la República; **Mario Bergara, Víctor Rossi.**

EXPOSICION DE MOTIVOS

El Poder Ejecutivo adoptó recientemente una serie de medidas tendientes a combatir el alza de precios, en particular de aquellos artículos que impactan directamente en la economía de los hogares de menores recursos.

Una serie de factores climáticos adversos han determinado un incremento inusitado de los precios de las frutas y verduras, productos integrantes la canasta básica. Simultáneamente, la economía uruguaya ha enfrentado un contexto internacional caracterizado por fuertes alzas en las cotizaciones de los bienes alimenticios, fenómeno que también se ha reflejado en los precios domésticos. En tanto se aguarda la normalización del mercado de frutas y verduras y el descenso de la inflación como resultado de la política monetaria restrictiva adoptada por el Banco Central, el Poder Ejecutivo ha implementado un conjunto de medidas con impacto inmediato, entre las que se destacan la derogación del ICOME, la reducción de tarifas públicas, la baja de la cuota mutual y la exoneración del IVA a la carne de ave.

En este marco, se propone en este proyecto de Ley destinar un subsidio al transporte colectivo, con el fin de viabilizar una reducción en el precio del boleto, rubro con una alta incidencia en la canasta de consumo de los hogares de menores ingresos.

La fortaleza que hoy muestran las cuentas públicas permite destinar recursos a proteger el poder de compra de la población sin comprometer el cumplimiento de las metas fiscales oportunamente establecidas.

PROYECTO DE LEY

Artículo 1°.- Autorízase al Poder Ejecutivo a subsidiar el transporte colectivo de pasajeros urbano y suburbano con el objetivo de reducir el precio de los boletos respectivos. A tales efectos, asígnase en el Inciso 24 "Créditos Diversos" una partida por única vez de $ 430:000.000,oo (pesos cuatrocientos treinta millones) en la financiación 1.1 "Rentas Generales".

Artículo 2°.- El Poder Ejecutivo reglamentará el mecanismo de subsidio, pudiendo para ello celebrar los convenios con organismos públicos, privados o personas públicas no estatales que estime necesarios.

Artículo 3°.- Tendrá vigencia a partir de la fecha de su sanción.

Mario Bergara, Víctor Rossi."

SEÑOR PRESIDENTE.- Léase el proyecto.

(Se lee)

- En discusión general.

Tiene la palabra el señor Senador Baráibar.

SEÑOR BARAIBAR.- Señor Presidente: en el cuarto intermedio que tuvo la sesión del Senado del día de la fecha se reunió la Comisión de Hacienda, tal como estaba previsto, para considerar el proyecto de ley cuyo artículo 1º dice: "Autorízase al Poder Ejecutivo a subsidiar el transporte colectivo de pasajeros urbano y suburbano con el objetivo de reducir el precio de los boletos respectivos. A tales efectos, asígnase en el Inciso 24 'Créditos Diversos' una partida por única vez de $ 430:000.000 (pesos uruguayos cuatrocientos treinta millones) en la financiación 1.1 'Rentas Generales'."

Este proyecto se inscribe dentro de la preocupación que demostró el Poder Ejecutivo -por intermedio de sus Ministros, en particular del de Economía y Finanzas, y del propio señor Presidente de la República- por determinados empujes inflacionarios. Concretamente, cuando el señor Ministro de Economía y Finanzas concurrió a esta Sala para ser interpelado por el señor Senador Heber, se analizó en profundidad el tema de la inflación y se explicitó la concepción según la cual el Poder Ejecutivo ha dado todos los pasos en esta materia. No se trata de un proceso generalizado de aumento de precios, sino que se ha focalizado en algunos de ellos, fundamentalmente en los combustibles, la carne, las verduras y los productos que se elaboran con harina, todo lo cual significa el 60% del aumento del índice del costo de vida y que, según los datos de último momento, se ubica en el 8,9%. Se entiende que esa política es una interpretación del fenómeno inflacionario. Sabemos que en materia de análisis de inflación hay múltiples bibliotecas y una cantidad de teorías y doctrinas. El Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Economía y Finanzas, ha planteado una teoría que entiende apropiada en función de los factores que inciden en el proceso inflacionario. Por eso se han adoptado varias medidas que se pusieron en práctica hace unos días, como la eliminación del impuesto a la compra de moneda extranjera que pagaban las empresas públicas -esto ya estaba habilitado por la reforma tributaria-, lo que se pensaba hacer dentro de un año, pero se adelantó al presente. Y ello produce un cese del impuesto del orden de U$S 25:000.000. Otras medidas adoptadas fueron la reducción de las tarifas de UTE en un 4,3%; del precio de los combustibles; de las tarifas de ANTEL, fundamentalmente de la telefonía fija; de la cuota mutual, en un 2,5%. Asimismo, se dispuso la exoneración del IVA a la carne de ave y la habilitación para la importación de verduras. Se entiende que estas medidas son apropiadas para combatir la inflación. El tiempo lo dirá. A mediano plazo podremos evaluar si la interpretación del fenómeno inflacionario por parte del Poder Ejecutivo es correcta, si las medidas planteadas son

eficaces y si es el estado de situación en el cual el país analiza este tema.

En este contexto es que se plantea el subsidio del transporte colectivo de pasajeros urbano y suburbano, en el entendido de que va a atender un rubro en el cual el aumento de los combustibles tiene una incidencia importante. Entonces, junto con estas medidas podemos mencionar, entre otras -y de esto hace ya unos meses-, la relativa al fideicomiso, que permitió la rebaja de las tarifas y, como consecuencia, aumentó la venta de boletos.

En este proyecto de ley se propone, por el plazo de un año, un subsidio de $ 430:000.000 -aproximadamente US$ 20:000.000- que tendrá como fin subsidiar el transporte colectivo de pasajeros urbano y suburbano. En la sesión de la Comisión varios señores Senadores preguntaron sobre el alcance de esta medida, y por ello realizamos las consultas. En principio, se trata de una medida amplia que, si bien básicamente está pensada para el área metropolitana, no restringe -en función de lo que establece el artículo 2º que refiere a la reglamentación- la posibilidad de atender otras áreas urbanas y suburbanas del interior de la República. A su vez, hicimos las consultas sobre el destino y, básicamente, se atendería la rebaja del precio del boleto y no tanto al boleto de estudiante o a la exoneración de boletos, aunque no se descarta que los mismos se puedan atender. Entiendo que esta medida apunta a una interpretación del Poder Ejecutivo con relación al fenómeno de la inflación, que es una gran preocupación porque, como siempre se dice, es el gran impuesto a los pobres y a los que tienen ingresos fijos. Además, tal como ha sido expresado por el señor Ministro y el señor Subsecretario, que fue quien informó sobre este proyecto en el Consejo de Ministros realizado el pasado lunes, esta es una señal firme hacia la opinión pública y, en particular, hacia los sectores de menores recursos, que son los que utilizan el transporte colectivo.

Este proyecto de ley que fue votado por mayoría en Comisión consta de tres artículos. El primero refiere a autorizar el subsidio de $ 430:000.000 -unos US$ 20:000.000- para destinarlo al transporte colectivo urbano y suburbano, a fin de reducir el precio de los boletos. Mediante el segundo artículo el Poder Ejecutivo reglamenta el mecanismo de subsidio, pudiendo celebrar convenios con aquellos organismos públicos, privados o personas públicas no estatales que estime necesario. Por último, el tercer artículo dice que la presente ley tendrá vigencia a partir de su promulgación.

SEÑOR SANGUINETTI.- ¿Me permite una interrupción, señor Senador?

SEÑOR BARAIBAR.- Con mucho gusto.

SEÑOR PRESIDENTE.- Puede interrumpir el señor Senador.

SEÑOR SANGUINETTI.- Señor Presidente: simplemente quisiera hacer algunas preguntas aclaratorias. Aquí se hace mención a una cantidad, y el señor Senador Baráibar decía que, en principio, sería para el subsidio del transporte capitalino montevideano. Entiendo que esto parecería una discriminación con relación al transporte urbano del interior y, además, sólo estaría dirigido al índice del costo de vida tomando en cuenta a Montevideo. Tengamos presente que una cosa es el índice y otra la inflación real. Hago la pregunta a efectos de que se me informe si hay algún cálculo hecho. ¿Cuánto significaría una rebaja? ¿Un 10%, un 5% ó un 1%? Se está hablando de una cifra genérica que ahora el señor Senador Baráibar generaliza, pero si esto incidiera sobre todo el transporte urbano, ¿qué porcentaje significaría? Realmente nos encontramos en una especie de nebulosa y, por ello, me gustaría que se precisara y aclarara un poco más el alcance de esta cifra.

SEÑOR PRESIDENTE.- Puede continuar el señor Senador Baráibar.

SEÑOR BARAIBAR.- Sobre el primer punto al que hace referencia el señor Senador Sanguinetti, comenté que había hecho las consultas, debido a los planteos que se realizaron en la Comisión. Manifesté -quizás no fui lo suficientemente claro- que si bien no se restringía la posibilidad de atender otras áreas urbanas y suburbanas del país, en primer lugar se iba a atender al área metropolitana donde está concentrada la mayor cantidad de población que utiliza el transporte colectivo urbano y suburbano, y todos sabemos que estamos hablando de Montevideo. De todos modos, Maldonado, Colonia, Paysandú o Salto son otras áreas que este proyecto de ley no restringe. La posibilidad queda abierta y se verá si se implementa la medida en función de la evolución de los costos y de la negociación que se haga con las empresas. Hoy leí un reportaje que se le hizo al Presidente de CUTCSA y, en la medida en que haya un aporte para rebajar el precio del boleto -lo que podría redundar en un aumento de la cantidad de boletos vendidos-, esta empresa podría contribuir con $ 0.50 para la baja del boleto. Por otra parte, el combustible es un factor absolutamente determinante en el costo del transporte colectivo y su evolución es un aspecto que se debe tener en cuenta especialmente.

Con relación al porcentaje de la rebaja, no contamos con cálculos precisos, aunque se ha estimado que la rebaja podría ser del orden de $ 1, por lo que el boleto podría pasar de $ 15.50 a $ 14.50.

Era cuanto tenía para informar, señor Presidente.

SEÑOR ABREU.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor Senador.

SEÑOR ABREU.- Señor Presidente: en la Comisión hicimos una apreciación crítica respecto al proyecto, aunque sabemos que una iniciativa de esta naturaleza recoge la

simpatía de mucha gente que puntualmente se verá beneficiada con la rebaja del boleto. Sin embargo, creo que el tema a analizar va más allá de los aspectos puntuales; sin perjuicio de correr esos riesgos y en rescate de la seriedad y la profundidad del análisis, entendemos que el camino a recorrer no es el acertado. No lo decimos sólo porque estemos midiendo un proyecto de ley que se refiere exclusivamente al precio del boleto, sino porque esto se suma a un paquete de medidas que el Poder Ejecutivo ha propuesto y que está en funcionamiento, destinadas a la baja del IPC en forma concreta y a corto plazo, desvinculadas de lo que son las preocupaciones respecto de las políticas antiinflacionarias. Esto hay que diferenciarlo, porque no es lo mismo el combate puntual al IPC que el combate a la inflación. En ese sentido, todo este paquete -la rebaja de un 3% ó 4% de promedio de las tarifas de UTE, de un 2,5% en la cuota mutual, el cargo fijo de ANTEL o la exoneración del IVA a los pollos- de alguna manera constituye una serie de aspectos de carácter coyuntural y puntual que, desde nuestro punto de vista, no va a tener un resultado positivo en la lucha contra el proceso inflacionario.

Estamos asistiendo a una política microeconómica que va orientada a buscar algunos elementos clave, tratando de que estos no repercutan sobre el IPC, y en una persecución -desde el punto de vista administrativo- de todo lo que significa desalinearse de algunos precios que son clave para el funcionamiento de la canasta familiar y del IPC. Sin embargo, entendemos que no es la política más adecuada y, en ese sentido, la rebaja del precio del boleto se sintoniza con esa orientación. También debemos decir que hay antecedentes exitosos, como lo que significó durante el año 2006 el fideicomiso del boleto que contribuyó a que la inflación quedara fija en un 6,38%. En realidad, creo que estamos analizando la situación desde otro punto de vista y acá el Gobierno está más preocupado por el IPC que por la inflación, pero ésta tiene una tozudez de carácter teórico y práctico que nos lleva a resultados que van más allá de la propia voluntad o intención del Poder Ejecutivo. Entre otras cosas, lo que está sucediendo es que el Banco Central se ha salido de las metas manejadas en materia de expansión monetaria y se encuentra aproximadamente en un 30% de expansión con respecto a las previsiones realizadas, siendo que se había establecido una meta de un 9%. Como es sabido, hay una importante afluencia de capital y un dólar que es una mercadería barata y que presiona sobre la inflación y sobre el tipo de cambio. Al respecto, hay que decir con total claridad que lo que sucede es que el Banco Central participa en la actividad económica con dinero y política monetaria para comprar divisas y, sobre todo, para evitar que el dólar se desplome. Entonces, es una opción -quienes no somos economistas la conocemos, porque ya la hemos vivido- entre la inflación y la apreciación monetaria o el atraso cambiario, como muchos dicen en el ámbito económico. Es decir que nos encontramos ante una situación que no tiene que ser analizada en forma puntual, sino global. Todos conocemos la definición que dio el señor Ministro de Economía y Finanzas sobre lo que entendía por inflación, esto es, un aumento desordenado de los precios. A su vez, sabemos que hay una discrepancia que se ha planteado a nivel de los economistas en lo que hace a los aspectos conceptuales. Por ejemplo, el señor Presidente del Banco Central del Uruguay habló de una inflación de índices impresentables de acuerdo con su visión de carácter técnico.

La verdad, señor Presidente, es la siguiente y debemos analizarla. La ley vigente establece que si entre enero y julio de 2008, en algún mes, la inflación medida en doce meses móviles sobrepasa el 10%, deben ajustarse las pasividades y las retribuciones. Es por ese motivo que se plantean este tipo de medidas concretas a los efectos de evitar un ajuste por única vez y que luego se produzca un desfase o un aumento de acuerdo con el cálculo del Índice Medio de Salarios de los últimos dieciocho meses, como establece el mecanismo, lo cual representaría U$S 1.000:000.000 por la aplicación de esta cláusula gatillo. Quiere decir, entonces, que estamos frente a un mecanismo muy puntual orientado hacia el IPC sin mirar a la inflación en su verdadera dimensión.

A nuestro juicio, tendremos dificultades muy serias en los próximos tiempos, entre otras cosas, por el aumento del gasto público -porque esto también es un aumento del gasto público- que está creciendo proporcionalmente más que el Producto Bruto Interno. Tengamos en cuenta que para esto no existen políticas anticíclicas y si alguna de las variables del ingreso público se modifica por circunstancias aleatorias, el gasto público queda rígido y nos encontramos con dificultades para manejar el equilibrio fiscal. Esto es, señor Presidente, lo que debemos aclarar. Si no nos manejamos con una política macroeconómica o restrictiva, vamos a tener dificultades y no vamos a controlar la inflación, por más que quizá recibamos la simpatía de algunos que, a corto plazo, puedan beneficiarse.

Por otra parte, consideramos que el proyecto de ley es absolutamente insuficiente y oscuro porque basta con tener en cuenta las preguntas que se han formulado en Sala para darse cuenta de que, en realidad, ni siquiera se habla de los plazos o si se refiere al transporte urbano o suburbano. Simplemente contamos con interpretaciones de carácter general por consultas que se hacen telefónicamente al Ministerio de Economía y Finanzas en forma apurada. Es más; ni siquiera hemos recibido la opinión del equipo económico para explicarnos hacia dónde va en este tema que no es puntual, sino que está inmerso en una política económica global y, sobre todo, en una estrategia de combate al IPC respecto de la cual todos tenemos dudas de que logre controlar a la inflación.

A su vez, la exposición de motivos de este proyecto de ley termina diciendo que la fortaleza que muestran las cuentas públicas permite destinar recursos para proteger el poder de compra de la población. Si la fortaleza es tal -entre otras cosas, por el aumento impresionante que ha sufrido la recaudación como resultado de la reforma tributaria-, podrían haberse destinado esos recursos a bajar el IVA y no para estas medidas que pueden ser simpáticas para deter-

minado sector de la población, que las necesita como todos, pero que no están orientadas hacia una línea clara en materia macroeconómica. Pensamos que en poco tiempo el Poder Ejecutivo deberá aplicar una política monetaria más restrictiva, una política fiscal más contractiva y una política laboral más desindexada. Si no lo hace, claramente tendremos dificultades muy fuertes no sólo en lo que tiene que ver con el IPC -que también está en condiciones de poder escaparse- sino también con la inflación. Cuando esto suceda, tendremos el peor de los impuestos, porque el Poder Ejecutivo no la está enfrentando con la disciplina que debería.

Por ese motivo, señor Presidente, vamos a votar en contra este proyecto de ley, sabiendo que puede constituir una posición no simpática pero, al menos, rescatamos la coherencia porque aquí se trata de defender, en algún sentido, lo que pensamos más allá de las adhesiones o recriminaciones que nuestra postura pueda recibir.

Muchas gracias, señor Presidente.

SEÑOR ALFIE.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor Senador.

SEÑOR ALFIE.- Debo confesar que el señor Senador Abreu me ha ahorrado una cantidad de comentarios porque, básicamente, su punto de vista es totalmente compartible. Incluso, la mayoría de sus observaciones las expuse en una nota que escribí hace un par de semanas en un suplemento especializado de un diario de la capital

Sé que no es simpático no apoyar este proyecto de ley, pero entiendo que esto no debe pasar por un tema de simpatía o de antipatía, sino por definir si vamos a engañar nuevamente a la gente o si nos proponemos hacer las cosas en serio.

Debo decir que no hay dos ni tres teorías acerca de la inflación, sino que hay una sola universalmente aceptada. La inflación es un exceso de la tasa de expansión de la cantidad de dinero por sobre la de la disponibilidad de bienes y nada más que eso. No conozco ningún economista egresado en los últimos treinta años de ninguna Universidad de las importantes del mundo que no diga que la inflación no está causada por el exceso de la cantidad de dinero. La inflación es el fenómeno que se define como el aumento generalizado y permanente de los precios y no es, como dice la exposición de motivos, que estamos hoy ante un proceso de algunas subas puntuales de precios. Alcanza con mirar el IPC que está desagregado por cada uno de los artículos para darnos cuenta de ello.

Personalmente, como hago todos los meses, bajé la planilla completa e hice los cálculos. ¿Con qué nos encontramos? Durante el último año, subió el precio en más del 98% de los casi 300 productos que se relevan, lo que quiere decir que el aumento es generalizado. Uno de los pocos precios que bajó fue el de los combustibles. Por lo tanto, este incremento general no obedece a una suba en el precio de los combustibles. A su vez, si nos olvidamos de todos estos precios internacionales que están influyendo en esta situación y miramos el precio de los bienes no transables, esto es, todos los servicios -reparaciones, hotelería, gastronomía y peluquería, etcétera- advertimos que su costo aumentó en julio 1,1%, en agosto 1,7% y en setiembre 1,1%. Esto demuestra que, en el fondo, existe un proceso inflacionario muy importante que estas medidas no detienen. Es más: a largo plazo contribuirán a aumentar la inflación porque, en definitiva, establecer un subsidio es lo mismo que aumentar el gasto público. Desde el punto de vista macroeconómico, el efecto es el mismo.

Señor Presidente: incluso, nos hubiera gustado que el proyecto de ley estableciera que se contempla, obligatoriamente, a todo el transporte urbano y suburbano y no que todo quede en manos del “vamos a ver”. Debería contemplarse al transporte de corta distancia porque en algunos departamentos es tan importante como el transporte urbano o suburbano en Montevideo. En tal sentido, Canelones y Colonia son los ejemplos más claros. A su vez, hubiésemos preferido que en la norma se dijera que todos recibirán el mismo porcentaje de subsidio, porque todos somos iguales, no hay ciudadanos clase A en Montevideo, y clase B en el interior. De lo contrario, legítimamente vamos a entender que ocurrirá lo mismo que sucedió en noviembre del año pasado, cuando el impuesto en que resultó el gasoil productivo terminó en el boleto del transporte urbano y suburbano de Montevideo. ¿Por qué? Por lo mismo que pasa ahora: porque el IPC se mide sólo en Montevideo y en él tiene una importante influencia, precisamente, el boleto urbano y suburbano de la capital. Sin embargo, con esta medida el IPC baja un poco, pero no hace disminuir la inflación. ¿Por qué? Porque en el mejor de los casos es una acción por una sola vez, contra un proceso permanente. A su vez, en este caso, el resto del país sigue pagando lo mismo, y el resto de los precios sigue subiendo. La inflación no baja, reitero, sino que simplemente movemos el Índice: empezamos el proceso de maquillaje del Índice, como hizo Argentina, de una manera más elegante pero, en definitiva, es lo mismo que ocurre allí.

Esto es nada más que maquillar el Índice porque, además, la inflación no es una enfermedad del pollo ni del boleto, es una enfermedad del dinero. El boleto no tiene enfermedades, el pollo tendrá Newcastle, pero el dinero tiene la inflación como enfermedad. Entonces, no ganamos nada con esto y lo que estamos haciendo, en realidad, es darle más dosis de analgésico al paciente, pero la enfermedad de fondo sigue intacta.

Se debe tener en cuenta que la cantidad de dinero en setiembre de 2007, respecto del mismo mes del año pasado, está creciendo entre un 30% y un 40%, según el indicador que se tome: 30% corresponde a los pasivos monetarios y

el 40% a la base monetaria, tomando el promedio de cuatro semanas móviles, que es el que yo utilizo. Entonces, el gasto público presiona en el corto plazo y fogonea el proceso, la indexación salarial y de los demás contratos lo afirma, y la expansión de la cantidad de dinero, lo ratifica, lo sella.

Se dice que se deben concentrar todas las baterías en los factores que influyen en el IPC para llevarlo a cifras algo mejores y que sea más presentable, pensando que quizás se evite llegar a fin de año con un 10% de inflación. A esta altura parece que eso no es posible porque la inflación era más profunda de lo que uno pensaba; personalmente, creí que no llegaría al 10% -lo dije muchas veces y no tengo empacho en decir que me equivoqué porque, de hecho, se ha equivocado casi todo el mundo- y, hasta hace dos meses seguía pensando que estaría cerca de ese porcentaje, pero sin alcanzarlo. El problema es que el año que viene, en cualquier mes entre enero y junio, si pasa el 10% se gatilla el aumento de sueldos y de jubilaciones en julio lo que, en definitiva, también gatilla el gasto público. Me parece bien que se quiera evitar esto, pero si se toman medidas que sean en serio y de fondo, que ataquen la causa. Otro tema muy importante es que toda la plata que se ha puesto está financiada por la baja del tipo de cambio; cada diez centésimos que baja el tipo de cambio, el Gobierno se ahorra $ 230:000.000. Bueno, creo que la baja del tipo de cambio tiene un límite; ya estamos por debajo de los $ 23 y el sector real va a empezar a sufrir de alguna manera. Tampoco se puede financiar las reducciones de tarifas y subsidios con baja del tipo de cambio.

No es factible ni posible sostener inflaciones en dólares del orden del 20% anual por tres o cuatro años seguidos. No estábamos en un nivel tan alto de tipo de cambio real en el año 2004, como para soportar esta inflación en dólares que entonces se convierte en atraso cambiario. Hasta ahora, los recursos que se ponen, se ahorran por tipo de cambio. La cuenta de intereses, en parte, y las compras de petróleo más barato en pesos -porque en dólares está fijado-, así como el resto de las compras en moneda extranjera de las empresas públicas nos financian esta suerte de generosidad. El problema es que si el dólar sube sólo $ 1, aparecen $ 2.300:000.000 más de gasto, es decir, U$S 100:000.000.

Este no es un camino sólido, no es el camino deseable ni el que soluciona el problema.

Por todas estas razones y porque la ley ni siquiera da certeza de ser pareja para todo el mundo -para el interior, para Montevideo y para todas las distancias, porque no asegura el mismo porcentaje para el transporte urbano que para el suburbano o el de corta distancia, ni para jubilados, estudiantes y población en general-, es que no vamos a votar este proyecto de ley. En caso de que esto se cumpla, aun cuando no creemos en la medicina, le daríamos el voto al oficialismo, para que no se diga que nos oponemos a toda idea.

Nada más. Muchas gracias.

SEÑOR GALLINAL.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor Senador.

SEÑOR GALLINAL.- Señor Presidente: creo que la Bancada de Gobierno y el propio Poder Ejecutivo, a través de este mensaje y proyecto de ley que ha enviado en estas horas a consideración del Senado mezclan, en la estrategia que está desarrollando el equipo económico -a mi juicio, deliberadamente-, dos temas absolutamente divorciados: uno es el del combate a la inflación y la decisión de poner un freno a la carestía, al aumento sostenido de precios de productos que se ha dado en el transcurso de los últimos meses, y otro absolutamente diferente es el de tomar decisiones individuales que permitan que algunos bienes y servicios tengan un costo distinto al que surge producto de la ecuación económica que hoy vive el país. Aquí, intentando acompasar un tema con otro, se hace referencia a la reducción de las tarifas públicas, a la baja de la cuota mutual y a la exoneración del IVA a la carne de ave -aunque no se dice que en los últimos días, finalmente, terminó aumentando el precio de esos productos- y ahora se agrega la intención de bajar el precio del boleto de transporte colectivo de pasajeros, urbano y suburbano.

(Ocupa la Presidencia la señora Senadora Mónica Xavier)

- Tengo la convicción de que nos han enviado una exposición de motivos que trata sobre la problemática de la inflación y, por otro lado, un proyecto de ley que intenta buscar una solución a un tema absolutamente diferente. No tiene nada que ver la exposición de motivos con el proyecto de ley. Se podría decir que este es un error conceptual y que el Gobierno se equivoca cuando dice que va a combatir la inflación subsidiando el precio del boleto. Sinceramente, creo que no es así, que el Gobierno no se equivoca. Se podrá equivocar en su política económica y, en ese sentido, el equipo económico viene errando feo desde hace mucho tiempo, pero sabe de lo que está hablando. El Gobierno sabe perfectamente que estos son temas absolutamente distintos y, en realidad, lo que hace, ya sea bajando el precio del pollo, reduciendo el valor de la cuota mutual o disminuyendo algunas tarifas públicas en ciertos porcentajes, es intentar disfrazar, frente a la opinión pública, un problema que día a día va adquiriendo cada vez mayor dimensión y que está creando -como señalábamos en ocasión de la interpelación al señor Ministro de Economía y Finanzas- una situación en el país totalmente distinta de la que vivíamos el año pasado.

Hoy, a diferencia de los últimos dos años y medio de Gobierno del Frente Amplio; hoy, a diferencia de los últimos tres o cuatro años de la vida del país, estamos enfrentados a una situación de comienzo de crisis económica y, si no se toman las medidas apropiadas, puede terminar en un problema de una dimensión y gravedad tales que, sinceramente,

no queremos para el Uruguay. Pero, señora Presidenta, tenemos la impresión de que por este camino, como lo señalamos en oportunidad de la interpelación realizada al señor Ministro de Economía y Finanzas, el contador Astori no durará en su cargo más allá del primer semestre del año que viene, sobre todo habida cuenta de los errores garrafales que se vienen cometiendo en esta materia.

Conjuntamente con el señor Senador Antía y en nombre de nuestro sector, Correntada Wilsonista, queremos ser claros respecto de otra precisión. De la misma manera que si aquí se hubiera enviado un proyecto de ley para bajar el precio de la carne, reducir la cuota mutual o disminuir el valor de las tarifas públicas, nosotros lo hubiéramos acompañado -cosa que no se hizo, porque no era necesario-, hoy vamos a acompañar un proyecto de ley para bajar el precio del boleto, porque estamos totalmente de acuerdo con todo lo que represente un beneficio para una población del país que cada día está más ahorcada como consecuencia de la reforma tributaria y de la política económica equivocada que viene llevando adelante el Gobierno Nacional.

En consecuencia, repito que vamos a acompañar este proyecto de ley discrepando, sí, con su exposición de motivos porque, como muy bien han expresado los Senadores preopinantes Abreu y Alfie, los intentos de reducción de la inflación producida por la suba continua a nivel de precios de la economía -medida por el Instituto Nacional de Estadística a través de la variación de precios al consumo- no se logran tomando medidas de estas características. No es con el subsidio al transporte, no es con la rebaja de algunas tarifas en porcentajes mínimos que se logra reducir la inflación, especialmente, por una razón muy sencilla: porque esas medidas se pueden tomar por una única vez. No es una medida persistente en el tiempo; tanto no lo es, que hoy de mañana escuchaba con asombro que cuando se anunciaba desde el Poder Ejecutivo un subsidio de alrededor de $ 400:000.000 para el transporte urbano y suburbano, el Vicepresidente de ANCAP le transmitía a la ciudadanía, a través de reportajes en distintos medios de comunicación, que la Administración del Ente se veía en la necesidad y urgencia de entrevistarse con el Ministro de Economía y Finanzas para ajustar, en el más breve plazo posible, el precio de los combustibles, es decir, para decretar un nuevo aumento porque hoy la ecuación le está cerrando negativamente a la economía de la Administración Nacional de Combustibles Alcohol y Pórtland; pero resulta que no pueden hacerlo porque el Ministro no está en el país, sino en Roma, no sé si pidiendo auxilio, orando o cumpliendo alguna función propia de su cargo. En cualquiera de las circunstancias, ojalá le vaya muy bien porque vamos a necesitar algo que nos ayude a superar estas dificultades.

Decía que no es por este camino que se combate la inflación; no es con medidas que se toman por una sola vez porque, como hemos visto, el propio Directorio de ANCAP está pensando en la necesidad y urgencia de decretar un aumento de los combustibles a corto plazo, salvo que el equipo económico le responda que está dispuesto a subsidiar ese déficit por el que hoy está atravesando el Ente estatal. ¿Cómo se combate la inflación? Pues, primero, bajando el gasto público, esto es, una medida absolutamente contraria a la que se está tomando a través de este proyecto de ley. Segundo, se debería pensar en una política monetaria contractiva, pero en unos tiempos o en un "timing" absolutamente diferente al que pensó este Gobierno. Este Gobierno no solamente se equivocó al decir que la inflación proyectada para el año 2007 era de 6,5%, sino que también se equivocó al no adelantarse en el tiempo y tomar esas medidas contractivas que ayudaran a alcanzar el objetivo correspondiente. Entonces, hoy seguimos padeciendo problemas de estas características.

Después está el otro gran tema, que es el que nos lleva al convencimiento de afirmar que el equipo económico no va a adoptar las medidas que tiene que tomar, no porque no las conozca, no porque no las sepa, sino porque el resto de la fuerza política que integra el señor Ministro de Economía y Finanzas no le permite tomarlas. ¿Cuáles son las dos medidas que debe llevar adelante? Primero -repito-, reducir el gasto público, pero su fuerza política, cada vez que hay una Rendición de Cuentas o una instancia de discusión sobre la economía nacional, le exige aumentarlo y no reducirlo; y, segundo, desindexar los salarios. Creo que le es más difícil tomar esta medida que la otra, porque no lo veo al señor Ministro de Economía y Finanzas recibiendo el sí ni del Presidente de la República ni del resto de los miembros de su fuerza política para actuar en un sentido como el que necesariamente va a tener que hacerlo quien lo suceda en el ejercicio de esa responsabilidad, porque ese es el único camino en función del cual se puede llegar a los objetivos planteados.

En definitiva, señora Presidenta, reiterando los enormes errores que se vienen produciendo en materia de combate a la inflación, a través de medidas e instrumentos absolutamente ineficientes e incapaces para llegar al objetivo a lograr, con relación al tema específico de la rebaja del precio del transporte colectivo de pasajeros queremos señalar que vamos a acompañar el proyecto de ley y, también, a solicitar que se modifique la redacción del artículo 1º. Proponemos que en él se establezca lo siguiente: "Autorízase al Poder Ejecutivo a subsidiar el transporte colectivo de pasajeros con el objeto de reducir el precio de los boletos respectivos, en forma equitativa dentro de las zonas urbanas y suburbanas de todo el territorio nacional", de manera tal que, como se señala -pero como no se va a hacer, porque ya hemos vivido una experiencia similar con el fideicomiso en tiempos anteriores-, efectivamente, un beneficio y un subsidio de estas características alcance a la población, a quienes hacen uso del transporte colectivo de pasajeros de todas las localidades urbanas y suburbanas del territorio nacional y no se limite exclusivamente, con lo importante que esto es, al departamento de Montevideo.

Muchas gracias.

SEÑORA PRESIDENTA (Dra. Mónica Xavier).- Ha llegado a la Mesa una propuesta redactada por los señores Senadores Sanguinetti y Alfie, que será repartida, y si el señor Senador Gallinal hace llegar a la Presidencia su moción en forma escrita, también será repartida a cada uno de los integrantes del Senado.

SEÑOR ALFIE.- Pido la palabra para una aclaración.

SEÑORA PRESIDENTA (Dra. Mónica Xavier).- Tiene la palabra el señor Senador.

SEÑOR ALFIE.- La propuesta del proyecto de ley sustitutivo que presentamos con el señor Senador Sanguinetti apunta exactamente a lo mismo que la modificación planteada por el señor Senador Gallinal. Por lo tanto, sería bueno no sólo que se repartiera sino, quizá, también realizar un cuarto intermedio de cinco minutos para ver si combinamos una redacción única.

SEÑORA PRESIDENTA (Dra. Mónica Xavier).- Señor Senador: le informo que tenemos cuatro integrantes del Cuerpo anotados para hacer uso de la palabra y también está pendiente la otra discusión. En consecuencia, se repartirán ambas propuestas y les pedimos amablemente que se junten y puedan redactar una sola para, luego, pasar a votar.

SEÑOR GALLINAL.- Pido la palabra.

SEÑORA PRESIDENTA (Dra. Mónica Xavier).- Tiene la palabra el señor Senador.

SEÑOR GALLINAL.- Me parece muy sabio su consejo, señora Presidenta; me alegra que esté ejerciendo la Presidencia en estos momentos y nos vamos a juntar, además, con el señor Senador Baráibar para afinar la redacción porque, obviamente, aspiramos a que esto se transforme en ley.

SEÑORA PRESIDENTA (Dra. Mónica Xavier).- Ojalá que así sea.

SEÑOR BENTANCOR.- Pido la palabra para una aclaración.

SEÑORA PRESIDENTA (Dra. Mónica Xavier).- Tampoco se trata de abusar.

Tiene la palabra el señor Senador.

SEÑOR BENTANCOR.- No voy a abusar, señora Presidenta, sino a pedir una aclaración.

En la primera de las dos últimas intervenciones se ha señalado que poner un subsidio supone aumentar el gasto público y que, por lo tanto, se es contrario a esta situación. Sin embargo, nos resulta un tanto contradictorio que a la vez esa situación de calidad que se plantea, se trastoca cuando se introduce la cantidad, puesto que después de señalar que crear un subsidio es como aumentar el gasto público, se reclama ...

SEÑORA PRESIDENTA (Dra. Mónica Xavier).- Perdón, señor Senador.

SEÑOR BENTANCOR.- Estoy pidiendo una aclaración, señora Presidenta.

SEÑORA PRESIDENTA (Dra. Mónica Xavier).- Habían concluido las intervenciones y yo estoy dispuesta a conceder una aclaración pero, en esta oportunidad, creo que usted está haciendo uso de una intervención. Esa es la interpretación de la Mesa y seguramente la del Cuerpo, pues se escucha un murmullo.

SEÑOR BENTANCOR.- Dejo de lado esa aclaración y paso a otra.

El orador que hizo uso de la palabra en último término decía que, de alguna forma, esta situación podía parecer contradictoria del subsidio al boleto cuando simultáneamente se está planteando un aumento del combustible. Al respecto, debemos señalar que el Poder Ejecutivo, eventualmente, puede subsidiar el boleto no trasladando el aumento de los combustibles. Debemos tener en cuenta esa situación, pues se trata de aplicar un descuento neto, por ejemplo, de un peso -aquí se pedía una cantidad estimada- o de no aplicar directamente el aumento de los combustibles, lo que significa subsidiar y no dejar que el boleto suba.

Pido disculpas si me excedí en mi intervención.

SEÑORA PRESIDENTA (Dra. Mónica Xavier).- Sí, señor Senador, se ha excedido. Tenemos una lista de oradores y, por ello, pido que por favor tratemos de anotarnos y de no realizar intervenciones por vía de aclaraciones.

Tiene la palabra el señor Senador Michelini.

SEÑOR MICHELINI.- Señora Presidenta: voy a votar el proyecto y lo voy a hacer sin culpa y con mucho orgullo. Además, me encanta votar estos proyectos porque incluyen beneficios para la gente. He visto votar tantas cosas aquí, que votar una rebaja neta y directa, aunque sea por un tiempo -en este caso, sería de un año-, sinceramente me llena de alegría. Muchas veces uno tiene que votar algo sobre lo que puede no estar tan convencido, pero me parece que esto va por el buen camino. No obstante, debo señalar que me genera sorpresa el proyecto sustitutivo al del Poder Ejecutivo. Después que denostaron la iniciativa, en el sustitutivo sólo se corrigen algunas cosas -creo que no corresponden-, pero se señala que no se está de acuerdo.

Se nos ha dicho que el camino de poner dinero arriba de

la mesa, vaya para todos los transportes o para algunos, significa más inflación; como no está financiado, se genera más inflación, pero a renglón seguido, se nos dice que se está financiando con la rebaja del dólar. ¿Está financiado o no? ¿Hay más plata en la calle o no? ¿Van a votar esta propuesta o no? Sinceramente, no logro entender qué se quiere hacer.

El tema del boleto es más complejo e involucra -esto se dice en la Exposición de Motivos- lo relativo a la inflación. Se puede decir -yo lo afirmo-: "Veo un Gobierno preocupado en que no se deteriore el bolsillo de los uruguayos". Esto es lo que estamos tratando de hacer, independientemente de que queremos que también repercuta en aquellos índices que marcan cómo evolucionan los precios de los productos. Se ponen U$S 20:000.000 arriba de la mesa y esto no es toqueteo de índices; se trata de plata, de dinero, de recaudación que se está poniendo arriba de la mesa a beneficio de los más humildes, porque precisamente los que toman ómnibus son los más humildes.

(Ocupa la Presidencia el señor Rodolfo Nin Novoa)

- El proyecto de ley es amplio porque queremos dar a nuestro Gobierno las herramientas para que en las negociaciones respectivas pueda lograr los mejores resultados. Después se verá si se aplica en todo el país o en un porcentaje de éste, pues sabemos que en el área metropolitana se venden más del 80% de los boletos. Quizás, en otros lugares el bolsillo de los uruguayos no se deteriora tanto, pero aquí, en determinados lugares, sí.

También hay que tener en cuenta la medición de los índices y aclaro que no discuto lo que no hay que discutir. Por supuesto que nos preocupa ese combate, porque el IPC se mide por una serie de factores que nosotros no inventamos. Queremos que las cosas vuelvan a su lugar. Se nos dice que hay que secar, pues hay mucho dinero. Quizás se tenga razón. ¡Tantas cosas se dijeron antes y tanta sensibilidad hay ahora! Se votaron ajustes fiscales, uno tras otro, con dos meses de diferencia, y nunca vimos tanta sensibilidad para ver qué pasaba. Es más; en su oportunidad, se respaldó a los equipos económicos porque se decía que tenían razón y que se estaban haciendo las cosas bien, e incluso se los reivindicó después de que se fueron. Si estaban haciendo tanto bien al país, ¿por qué se los sacó? Seguramente, porque ya no estaban siendo todo lo competentes que se creía.

No estamos de brazos cruzados. Creemos que hay algunos ítems que no dependen de la expansión del dinero. ¿El petróleo sube por la expansión del dinero en el Uruguay? No, por favor; el petróleo sube en el mundo y no es por esta razón. Tratamos de frenar el aumento, pero sigue subiendo y ANCAP señala que tenemos un problema. También es cierto que hay una gran base impositiva en los combustibles, pero el petróleo no sube por la expansión de dinero en el Uruguay. Tampoco sucede lo propio con los vegetales: escasearon en la región y en nuestro país. Podemos analizar otros rubros como los que se han señalado, como por ejemplo, los servicios. Si se fuera a medir la inflación únicamente por los servicios, no tendríamos los niveles actuales. Esto es así y nadie lo puede discutir.

Hemos bajado algunos precios, como los de ANTEL, los de UTE y algunos aspectos del petróleo. Se preguntarán por qué lo hemos hecho: porque queremos que repercutan en beneficio de la población. Si sube la inflación, ¿qué se deteriora? El bolsillo de los uruguayos. Parece que algunos estarían contentos de que subiera la inflación y de esa forma podrían decir que este Gobierno no es competente. Ahora bien; como hay un Gobierno que toma cartas en el asunto -aunque no las que ustedes dicen-, se afirma que todo esto igual no va a servir para nada. ¡Pero vamos a verlo! Cuando se está en el Gobierno puede haber turbulencias, ¿pero acaso cada vez que se dé una hay que bajar el avión? ¿Por qué? Estamos convencidos de que se están haciendo las cosas bien, que se están aplicando políticas no ortodoxas, que aspiramos den resultados y que puedan ser vistas por la población. En la base, nos preocupa el tema de la inflación y creemos que con alguna de estas medidas vamos a lograr buenos resultados. Reitero: no todo depende de nosotros; que el petróleo suba en el mundo no depende de nosotros. ¡Bueno sería! ¡Ojalá tuviéramos ese poder!

No queremos aplicar una política que nos haga perder este envión económico que está viviendo el país y generar una suerte de contracción. Quizás nos equivoquemos, pero reitero que queremos aprovechar al máximo este envión económico que vive el país generando beneficios para la población. Alguien dirá: "No, pero no es producto del buen desempeño de la economía". Si la política económica está equivocada -como dice el señor Senador Gallinal-, actualmente no se registraría el índice de empleos reales más alto de toda la historia.

SEÑOR ALFIE.- Cambió la encuesta, señor Senador.

SEÑOR MICHELINI.- Sí, cambió la encuesta. Reitero que se registra la mayor cantidad de empleos formales del país y, por ende, niveles de desocupación muy bajos que esperamos sean sostenidos en el tiempo. Si el Gobierno, si el equipo económico que desempeña la política económica no tiene nada que ver y no es competente, ¿es suerte? ¡Bienvenida, entonces, esa suerte! ¡Porque ustedes tuvieron muy mala suerte! Dejemos a aquellos que tengan suerte y no los saquemos, así estén rezando en Roma, porque la economía -salvo algunos pequeños detalles- va marchando viento en popa. Si el señor Ministro Astori tiene que irse el año próximo porque la política económica es un desastre y no da resultados, será una decisión que tomará el Poder Ejecutivo en la figura del señor Presidente de la República. Por supuesto, todos tenemos que ser evaluados y nadie debe quedar atornillado a su cargo. De todas maneras, si la política económica no da resultados, quien va a sufrir será el conjunto de la sociedad, que tuvo mucha más paciencia y tolerancia con equipos económicos que, seamos sinceros,

nos dejaron en medio del huracán. Entonces, con los niveles e índices económicos que se registran en el país sería bueno que se pusiera de manifiesto un poco de humildad y se dijera: "La verdad es que tan mal no lo están haciendo".

Adelanto que voy a votar contento este proyecto de ley, porque creo que va a significar un combate a la inflación y no implica un dinero adicional ya que está financiado. Es más, lo voy a votar con su redacción original, porque estoy convencido de que es la que da más herramientas al Poder Ejecutivo para aprovechar al máximo esos U$S 20:000.000 o esos $ 430:000.000. También estoy convencido de que aquellos que dicen que esto es inflacionario deben votarlo en contra, pero que luego no traigan propuestas con cambios que, en definitiva, no hacen al asunto y terminan borrando con el codo lo que han escrito con la mano.

Nada más. Muchas gracias.

SEÑOR AGUIRRE.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor Senador.

SEÑOR AGUIRRE.- Señor Presidente: volviendo al tema que nos convoca, que es este proyecto de ley, quiero hacer una primera reflexión indudablemente política.

Me felicito de que en el Mensaje del Poder Ejecutivo que acompaña a este proyecto de ley se reconozca que, lamentablemente, la economía del país está viviendo un fenómeno inflacionario. Leo en la Exposición de Motivos del proyecto de ley lo siguiente: "En tanto se aguarda la normalización del mercado de frutas y verduras y el descenso de la inflación como resultado de la política monetaria restrictiva adoptada por el Banco Central". De esta frase -acertada y compartible- surgen dos consecuencias inevitables: hay inflación -como todos sabemos-, y para que ella descienda, debe adoptarse una política monetaria restrictiva, como todos también sabemos. Es conveniente señalar esto, porque en todos los órdenes de la vida -como decía el famoso filósofo Karl Popper- hay que partir de los hechos, pero no debemos engañarnos.

En la interpelación que hizo el señor Senador Luis Alberto Heber al señor Ministro de Economía y Finanzas, este dijo -se escuchó por todos los medios de comunicación- que no había inflación; que lo que había era un aumento de precios. Ahora todos reconocemos que hay inflación, y desde que comenzó el debate estamos hablando de si esta medida es antiinflacionaria o no. Ese es el primer punto que debe quedar claro: hay inflación y todos estamos de acuerdo con que hay que combatirla. La discrepancia estriba en si este tipo de medida es o no antiinflacionaria; en mi opinión no lo es.

En segundo lugar, por deformación profesional, voy a hacer alguna consideración en cuanto a la interpretación del proyecto de ley. Cuando el señor Senador Sanguinetti preguntó al señor Miembro Informante o a quien asumió ese rol, el señor Senador Baráibar, cómo se interpretaba el artículo 1º, en el sentido de cuál era el ámbito geográfico o local del transporte colectivo de pasajeros urbano y suburbano que se iba a subsidiar, si comprendía o no el transporte de ese carácter de las unidades del interior del país, no me quedó claro el sentido de su respuesta. Si leemos el proyecto de ley, debemos partir de una premisa. Las leyes, por principio general e indiscutido en la esencia jurídica, tienen carácter general, disponen con carácter general, y lo que disponen se aplica a todas las personas, instituciones o situaciones que estén comprendidas -de acuerdo con el sentido natural de las palabras- en lo que se dispone. Si aquí dice que se subsidia el transporte colectivo de pasajeros urbano y suburbano, el Poder Ejecutivo no puede aplicar una disposición diciendo después que eso queda restringido a Montevideo o al área metropolitana, como se estila decir ahora. Como sabemos los juristas, donde la ley no distingue, no puede hacerlo el intérprete. Entonces, si se quiere restringir esta disposición al ámbito de Montevideo, la ley tendrá que decirlo; de lo contrario, se aplicará con carácter general.

Por otra parte, hay que tener presente que el proyecto de ley no establece plazos. ¿Hasta cuándo durará el subsidio? A fin de hacer frente al subsidio, se establece una partida, por única vez, de $ 430:000.000. Eso me hace acordar a una anécdota que una vez oí del famoso doctor Manuel Quintela -que dio el nombre al Hospital de Clínicas- a propósito de un viaje a Europa que realizaba con toda su familia. Cuando le preguntaron: "¿Por cuánto te vas, Manuel?", respondió: "Me voy hasta que me duren los $ 20.000 que llevo". Esto es lo mismo, porque el subsidio durará hasta que se agoten los $ 430:000.000. Si el Poder Ejecutivo quiere seguir subsidiando, tendrá que presentar otro proyecto de ley solicitando autorización al Parlamento para aumentar por esta vía el gasto público.

Ahora bien, yendo al fondo de la cuestión, a lo que aquí se ha discutido y expuesto con muy buen criterio, primero por el señor Senador Abreu y luego por los señores Senadores Alfie y Gallinal -aun cuando no comparto su posición de votar el proyecto de ley después de las críticas justificadas que le hizo-, parece claro que se está confundiendo la consecuencia, que es la suba de los precios, con la causa, que es la inflación. Esto es como los que confunden el síntoma con la enfermedad, la fiebre con la infección que la provoca y quieren combatir o curar la enfermedad con analgésicos o tisanas. Así no se curan las enfermedades. La enfermedad de la inflación no se combate controlando o rebajando temporalmente, en forma casi homeopática, algunos precios. No se precisa ser economista -el señor Senador Alfie, que lo es, lo ha dicho claramente-, porque es una verdad axiomática, para saber que este no es un fenómeno de alza de los precios, sino que es sustancialmente monetario y el que ocasiona su incremento. Entonces, bajando algunos de los precios por acto de autoridad no se combate

la inflación. Eso es como -según una expresión célebre del extinto y recordado Senador Dardo Ortiz en un debate parlamentario- hacer una engañifa. No es que se quiera engañar al pueblo, porque con la rebaja del boleto se verá beneficiada momentáneamente una parte de él, pero no debemos engañarnos nosotros mismos, porque aquí estamos en otro ámbito. Aquí todos sabemos que mientras la base monetaria siga en aumento, sea para intervenir el mercado de cambios e impedir que se desplome más el dólar o sea por otra causa, la inflación no va a bajar; podrá descender transitoriamente un poquito el Índice Medio de Precios al Consumo, pero nada más que eso. Y si al mismo tiempo lanzamos al mercado $ 430:000.000 -que, como bien ha dicho el señor Senador Michelini, equivalen aproximadamente a US$ 20:000.000-, es más plata que circula y ello aviva la inflación, aunque algún precio baje transitoriamente.

Entonces, señor Presidente, por estas razones y porque, además, no quiero ser reiterativo de lo que han dicho fundadamente otros integrantes del Cuerpo, voy a terminar mi intervención diciendo que por estos fundamentos no voy a votar este proyecto de ley.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor Senador Heber.

SEÑOR HEBER.- Señor Presidente: queda muy poco para agregar después de las distintas intervenciones que hemos escuchado. Naturalmente, me siento muy reflejado en las de los señores Senadores Aguirre y Abreu y, también en parte, en las del señor Senador Gallinal.

En la tarde de hoy hemos escuchado expresiones como de que estamos deseando que exista inflación. En primer lugar, no se debe asignar intencionalidad de modo tal que genere alusiones de carácter político; se sabe que no es así. Creo que en su fuero íntimo el oficialismo sabe perfectamente que cuando llamamos a Sala al Ministro de Economía y Finanzas, le hicimos un planteo de solución que no compartió, pero que tampoco criticó. Personalmente, no recuerdo que en otras interpelaciones la oposición se animara a proponer y a decir que el Ministro en cuestión iba mal por tal camino y que podía tomar por otro, que iba a ir mejor. Es claro que cuando uno propone, también se somete a la crítica, porque le pueden decir que el camino que está presentando es malo, un desastre y puede traer aparejadas peores consecuencias.

Lo cierto es que, como decía claramente el señor Senador Aguirre, el Ministro de Economía y Finanzas, sentado en la banca que hoy ocupa el señor Senador Baráibar, anunció que no había inflación, cuando en este proyecto de ley, a través de su exposición de motivos, se confiesa que sí.

En función de ello, al Partido Nacional le habría gustado que el equipo de Gobierno hubiera venido a sostener este proyecto, si es que están tan urgidos de sancionarlo. El propio Vicepresidente de la República y Presidente del Senado, así como los miembros coordinadores, podrán ser testigos de que el Partido Nacional no ha demorado este tema. Soy Presidente de la Comisión de Hacienda y puedo decir que insistimos en convocarla en régimen de cuarto intermedio hoy a la hora 14, por lo menos para discutirlo entre nosotros. Cuando lo discutimos percibí -por lo menos yo-, que frente a aseveraciones contundentes y cuestionantes que el señor Senador Alfie hacía en el seno de dicha Comisión, e interrogantes de quienes no sabemos y queremos ayudar, la primera pregunta que se presentaba era si esto ayuda o no. Quienes no sabemos de economía nos gustaría decir que sí o que no en la plena conciencia de un análisis en Comisión, donde uno hubiera visto confrontar la posición del señor Senador Alfie como experto y economista reconocido, con alguien del Ministerio de Economía y Finanzas que hubiera dicho lo contrario. Sin embargo, no hubo respuesta alguna y las interrogantes quedaron en el aire, cuando es fundamental, señor Presidente, saber si este proyecto va a tener un efecto positivo sobre la economía. Ya la redacción y toda la discusión del proyecto de ley tiene algo que no me gusta; a algo se refería el señor Senador Michelini tratando de justificar. Parecería que de la exposición de motivos se desprende que este subsidio se presenta porque tiene incidencia en los precios y en la inflación.

En realidad, me habría gustado que el Gobierno dijera que presentaba este proyecto de ley porque es justo que a los trabajadores les aliviemos el costo del boleto. Si hay un sobrante en la economía, más allá de si éste se refleja o no en los números, a lo primero que vamos es a la justicia de la medida, que implica dar un alivio, sobre todo a aquellos trabajadores que dependen del transporte para ganarse el pan de todos los días. Sin embargo, ese argumento no figura en la exposición de motivos y tampoco surge de las intervenciones de casi todos los legisladores del oficialismo. Resulta que es una visión economicista del subsidio, que viene para tratar de incidir en los precios, y si incide positivamente, cuando se termine la plata -como decía el señor Senador Aguirre- se acaba dicho subsidio.

Por otra parte, esta medida actuaría sobre aquellos trabajadores que utilizan el transporte en las áreas urbanas de Montevideo y Canelones, dejando una gran interrogante acerca de si los trabajadores del interior van a recibir el subsidio. A mí me queda la interpretación que el señor Senador Aguirre ha hecho del proyecto; no veo que haya dos interpretaciones y no me resultaron de recibo las explicaciones del Miembro Informante cuando dijo que podía existir la potestad del Poder Ejecutivo de incluir a Maldonado, a Colonia y a Paysandú, porque hay allí una importante cantidad de personas que se sirven del transporte urbano y suburbano. No, señor Presidente; si es una medida que ayuda a los trabajadores, es tan trabajador el obrero que va a Florida en ómnibus como el que va a Rivera, aunque este último no pueda cifrar. Me parece un error conceptual muy importante el que cometería el Gobierno, al atender únicamente a determinados trabajadores porque cifran o inciden en los índices, desatendiendo a aquellos que no se reflejan en determinados parámetros. Es más, creo

que el subsidio, para ser justo, debería considerar el área metropolitana para incluir también al boleto departamental de aquellos trabajadores que vienen a trabajar de Canelones a Montevideo. Entonces, estaríamos discutiendo de otra manera, y no sobre si esto incide o no en la inflación, sino acerca de la justicia o no de un subsidio que trataría de aliviar la carga impositiva que el mazazo de la reforma está dando a los sueldos de los trabajadores.

Así es, señor Presidente. Algunos señores Senadores me miran y me hacen gestos como que me estoy pasando. Esto ya lo señalé en oportunidad de la interpelación, pero también lo acaba de decir el Director de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, profesor Enrique Rubio. No soy yo, hombre de la oposición, el que lo está diciendo. Lo vimos en grandes titulares. Se ha entablado una polémica entre el Director de dicha Oficina y el Ministro de Economía y Finanzas, jamás vista en todos los equipos económicos que ha tenido el país, ya que si en ellos existió alguna diferencia, tuvieron la madurez, por lo menos política, de callársela o dejarla en la reserva de las discusiones del Poder Ejecutivo, y quienes no participábamos de él, nunca nos enterábamos de que había dos opiniones al respecto.

SEÑOR PRESIDENTE.- Solicitaría al señor Senador que volviera al tema que estamos considerando.

SEÑOR HEBER.- Señor Presidente: he comenzado a hablar de este punto porque varios señores Senadores han hecho referencia a él. Incluso, como decía, el Director de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto ha generado una polémica con el señor Ministro de Economía y Finanzas porque el primero está de acuerdo con el Partido Nacional y propone lo mismo que nosotros propiciamos, en el sentido de aliviar la carga impositiva a los sueldos más bajos del país, en la primera franja. Es decir que nos da la razón, aunque no solamente él, sino que también se ha sumado a esa propuesta el Partido Comunista, tal como se ha publicado …

SEÑOR PRESIDENTE.- Por favor, señor Senador, vuelva al tema.

SEÑOR HEBER.- Asimismo, se han sumado a la propuesta de aliviar la carga fiscal a los sueldos la Vertiente Artiguista y el Movimiento de Participación Popular; no he escuchado nada del Partido Socialista ni de otros sectores.

SEÑOR GALLINAL.- Está en contra.

SEÑOR HEBER.- Parecería claro, señor Presidente, que ahí está la solución para empezar a contener la inflación, ya que el Gobierno gastaría menos, porque le ingresaría menos como consecuencia de devolver el esfuerzo a los trabajadores; este sería, quizás, el acto de gobierno más justo que en estos momentos se está en condiciones de hacer. Por lo tanto, no se trata de hacer un "dribling" al sueldo e ir al boleto. ¿Por qué no vamos directamente al salario, como lo hemos propuesto, en procura de encontrar una solución? No son de recibo algunas manifestaciones de Senadores en Sala que decían que nosotros deseábamos que este tema se les fuera de control; no es de recibo y no lo aceptamos, porque si algo siempre quedó claro fue que buscábamos y buscamos la mejor solución para que la gente no sufra.

Reitero que el subsidio del boleto genera más gasto, busca incidir en lo inmediato y en lo urgente sobre los temas de inflación y no sobre la realidad del trabajador. La mejor manera de ser justos en esto es favorecer a la primera franja y esto es lo que casi todo el país pide al Gobierno. Además, el señor Ministro de Economía y Finanzas primero niega la inflación y ahora niega la solución que gran parte del país solicita. Teniendo en cuenta esto, queremos decir que vemos lo que le pasa a muchos gobernantes que cuando llegan al poder se transforman, no ven o no escuchan lo que, de alguna manera, desde la oposición y desde el propio pueblo se les exige y se les pide.

Señor Presidente: no vamos a acompañar este proyecto de ley y lo hacemos con la libertad que tiene nuestro Partido, para que aquellos que crean que es necesario votarlo lo acompañen y quienes no lo entiendan así, no lo hagan. Personalmente no voy a acompañar esta iniciativa porque no me parece justo que se hable de trabajadores de clase A y de clase B y que se diga que ellos inciden o no en los índices de inflación. Digo esto, porque si se toma una medida a favor de los trabajadores no me importa si están en Treinta y Tres, en los pagos del señor Senador Saravia, o en Florida, en los pagos del señor Senador Lorier, y que no incidan en la inflación. De ninguna manera es así, porque ellos son tan trabajadores como aquellos que inciden en los índices inflacionarios. Señalo esto en aras de algo que para nosotros, como Partido, ha sido tremendamente costoso y es la bandera de la descentralización. Aquí, por el contrario, no solamente se centraliza, sino que se privilegia a aquellos trabajadores que por su volumen y su concentración están en grandes urbes como Montevideo y Canelones y por estar allí tienen la oportunidad de incidir en los índices inflacionarios. Esta no es nuestra concepción porque, reitero, no creemos que haya trabajadores de clase A y de clase B.

Por otra parte, no nos da garantías que este proyecto de ley no establezca las cosas claramente, ya que a nuestro juicio expresa que va a haber empresas en este país que tienen derecho y que, por lo tanto, van a reclamar el subsidio correspondiente. Repito que son tan trabajadores los que están aquí, en la capital, como aquellos que viven en los lugares más alejados del país.

Por otro lado, como dicen los abogados, "a confesión de parte, relevo de prueba". Aquí está y sigue estando el Partido Nacional para colaborar en el control de lo que está descontrolado. Como decía el señor Senador Aguirre, no es con estos medicamentos que se curan enfermedades que son más profundas, porque éstas deben abordarse con medidas profundas. Reitero que estos medicamentos real-

mente no ayudan a curar la enfermedad, sino que simplemente atienden los síntomas que ellas presentan.

Por todas estas razones hoy no vamos a acompañar el proyecto de ley y lo lamentamos, porque si este tuviera la claridad que buscamos y, sobre todo, la justicia en la información que nosotros requerimos en Comisión, trataríamos de entender un poco más lo que busca el Poder Ejecutivo cuando toma estas medidas que, a nuestro juicio, no inciden favorablemente para alcanzar el objetivo que se persigue.

Lamentamos las manifestaciones del señor Miembro Informante que dejó la duda sobre la posibilidad de que algunos trabajadores del interior no tuvieran los beneficios que se van a dar a través de los subsidios que se otorgarán a las empresas de transporte.

SEÑOR COURIEL.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor Senador.

SEÑOR COURIEL.- Señor Presidente: muchas veces en la vida política entendemos que es imprescindible el diálogo, los acuerdos políticos y la búsqueda de consensos; esto es parte de la democracia. Pero también lo son, sin ninguna duda, las diferencias y los puntos de vista distintos sobre algunos temas. Personalmente quiero decir, con total nitidez, que discrepo absoluta y totalmente con las manifestaciones de los señores Senadores Aguirre, Heber, Abreu y Alfie.

En primer lugar, estamos en una inflación que en el mes de setiembre alcanzó el 0,4%, que es algo atendible. La meta de inflación que nos habíamos propuesto era de 6,5% y estamos con algo más de 8%. A mi juicio, este no es un tema grave ni central y no hago dramatismo con una inflación de 6% u 8%. Sin embargo, el diario "El País" lo hace y lo va a seguir haciendo, porque todos los días va a publicar que sube el precio del pollo y de determinadas verduras y baja el del morrón. Frente a esto empiezo a acordarme de un período nada sencillo del gobierno chileno de Salvador Allende, en el que el diario "La Segunda", que se publicaba al mediodía, decía, por ejemplo, que no había más alcohol en las farmacias, ante lo cual todo el mundo iba a comprar alcohol, y a las dos horas eso era cierto; esto lo había generado el diario. Y aquí, permanentemente, los medios de comunicación -menciono el diario "El País" porque estos son sus titulares de la primera página casi todos los días- generan dudas e inquietudes y ello pone en juego el poder de compra de la sociedad uruguaya, sobre todo, de quienes tienen menos ingresos. De manera que si la inflación es de un dígito, puedo decir clara y nítidamente que estoy contento, en un país que conoció inflación de tres dígitos en muchas oportunidades. Si hay inflación de tres dígitos, de dos dígitos, de 90%, 80%, 70%, eso sí me genera problemas, pero inflaciones de 6%, 7%, 8% o 9%, honestamente no me preocupan. Por supuesto que tengo que tomar medidas para atender a aquella gente que va al supermercado y empieza a percibirla; no tengo ninguna duda.

En segundo lugar, ¿cómo se mide esto de la inflación? Todos sabemos que hay precios mayoristas, precios minoristas -que es el Índice de Precios al Consumo- y el deflactor implícito del Producto; en fin, hay distintas formas de medirla. Pero, a mi entender, lo que es importante es que uno puede decir que hay inflación cuando hay aumentos determinados de precios. ¿De cuáles? ¿Del deflactor del Producto, del de los mayoristas, del de los consumidores? Normalmente se toma la canasta de consumidores. Esa es la realidad.

Supongamos que en un momento determinado -y aprovecho que se pusieron ejemplos de enfermedades- a un señor le duele el estómago y le dan un Mejoral; pero lo que importa es saber si tiene gastritis o cáncer. En este caso no alcanza con decir alegremente "subieron los precios"; lo que importa es saber por qué subieron, cuál es la causa. Sobre esto hay mucho dogmatismo que viene de afuera.

En el Uruguay tenemos inflación desde la segunda mitad de la década del cincuenta, pero fundamentalmente desde la del sesenta. En esa época, cuando teníamos muy alta inflación, salíamos a buscar y a estudiar las causas; teorías había de sobra como, por ejemplo, la de la demanda, la de los costos, la de las expectativas, la de la indexación, la de los factores estructurales por el estancamiento agropecuario, la de la puja por la distribución del ingreso. ¡Cuántas había! Pero lo único que importaba era saber cuál era la causa del momento específico que estaba viviendo el Uruguay. Entonces, ¿qué ocurría? En aquel entonces venía el Fondo Monetario Internacional y decía: "Ustedes tienen inflación" -y la inflación era alta, no era broma-; pero ¿qué era lo que le importaba? ¿La inflación? No; teníamos deudas y querían que aseguráramos los servicios de la deuda. Nos decían que había que aumentar las exportaciones para tener un saldo de la balanza comercial y bajar las importaciones. Para lograr lo primero, había que hacer un aumento del tipo de cambio, y el tipo de cambio más alto, más la restricción monetaria, la crediticia y la baja del gasto público significaban menos importaciones, el saldo de la balanza comercial necesario para pagar la deuda y la baja de la inflación, porque era monetaria. En los hechos ¿qué era lo que ocurría? En marzo de 1967 en Argentina y después en noviembre de ese mismo año en Uruguay, el Fondo nos decía que debíamos hacer una macrodevaluación, y de esa manera pasan varios años en los que el tipo de cambio no sube más. Uruguay lo hizo, y en noviembre de 1967 se aumentó de $100 a $200. ¿Qué trajo esto? Inflación, porque el tema no era de carácter monetario; se restringían totalmente los medios de pago, se restringía el gasto público, se restringía el crédito y la inflación subía. ¿Cuál era la interpretación que dábamos en ese momento? Para explicarlo, voy a dar un ejemplo. En aquel entonces se vendía lana y los exportadores de este producto tenían la chance de esperar, no que el precio internacional subiera, sino que subiera el tipo de cambio y

de retener. Así lo hacían y empezaba la negociación entre el Gobierno y los exportadores de lana, hasta que el Gobierno decía que si subía el tipo de cambio le servía a los exportadores, pero también a él, porque había detracciones. De esta manera, el exportador estaba contento y el Gobierno también porque recibía detracciones. Pero el aumento de tipo de cambio significaba que subía el precio interno de la carne, el precio del trigo; subía el precio del pan, el de los combustibles -un insumo relevante-y, por lo tanto, se generaba inflación. Cuando esto sucedía, los sindicatos pedían aumento de salarios; luego venían las huelgas y las presiones, pero ese aumento que se otorgaba traía otras consecuencias. El sector industrial decía: "Me subió el tipo de cambio para las maquinarias y los insumos; me subieron los salarios; me subieron los precios de las materias primas agropecuarias; entonces, tengo que subir los precios". Cuando los industriales subían los precios, se consolidaba la inflación y el sector de la lana pedía otro aumento del tipo de cambio. Ahí estaba la inflación nítida de ese momento.

Se dice que la inflación deriva del carácter monetario, pero muchas veces se señaló que el origen de la inflación está en el déficit fiscal. Entonces, uno empezaba a estudiar si el déficit fiscal generaba inflación o no, porque la idea era que el déficit fiscal se financia con emisión, y esta genera más medios de pago, lo que significa inflación. En la Facultad de Derecho se enseñaba eso: que la inflación tenía que ver con los medios de pago y que era exclusivamente de carácter monetario. Pero tenía bastante poco que ver con la realidad. El propio Fondo Monetario hizo estudios en muchísimos países y nunca pudieron comprobar …

SEÑOR ALFIE.- ¿Me permite una interrupción, señor Senador?

SEÑOR COURIEL.- Perdóneme, señor Senador, pero voy a continuar.

SEÑOR PRESIDENTE.- Diríjase a la Mesa, señor Senador.

SEÑOR COURIEL.- Como decía, el Fondo Monetario no pudo encontrar elementos empíricos, que es lo que importa para demostrar que el déficit fiscal era la causa de la inflación.

Por el otro lado, en la medida en que el déficit fiscal se va financiando con endeudamiento, también hay una limitación de la expansión de medios de pago. De manera que desde este punto de vista tampoco es factible encontrar elementos de esta naturaleza.

Ahora, ¿qué oigo yo? Todos los días en los medios de comunicación se dice con una certeza y una sabiduría impresionantes que la causa de la inflación es el gasto público. Permanentemente se dice eso; sin embargo, si observo las cifras, veo que en el primer semestre de 2007, con respecto al primer semestre de 2006, el Producto crece 5,8%, y el gasto público, 4%. ¿Dónde está la causa? Si tomamos los doce meses, julio de 2006-junio de 2007 y julio 2005-junio 2006, el Producto crece 6,2% y el gasto 4,5%. Pero todos los días oigo que el gasto es el gran factor. Acá, el señor Ministro de Economía y Finanzas también dijo que estábamos en 32% de gasto público sobre el Producto y estamos en 27%. Quizás no esté de acuerdo con que sea un 27%, pero este también es un elemento demostrativo de que en este momento el gasto está muy por debajo del crecimiento del Producto Bruto Interno; o sea que el gasto público está bajando con respecto al Producto y, por lo tanto, de ninguna manera puede ser el origen de la inflación. Desde este punto de vista digo que hay causas concretas.

Hace muchos años me tocó estudiar la expansión de medios de pago y la inflación y busqué correlaciones; por ejemplo, los períodos en que esto se daba tanto en Uruguay como en la Argentina. Por supuesto, ya hace mucho tiempo que no estoy en esto, pero recuerdo que estudiaba el coeficiente de liquidez y existía una brecha en la cual este coeficiente aumentaba y la inflación no se daba. Pero, obviamente, si se aumenta en forma indiscriminada el coeficiente de liquidez, de pronto se genera inflación. Ahora, si el déficit fiscal es como el que se dio en la década del ochenta en México -un 18% del Producto Bruto Interno-, seguramente también se generará inflación. Y en algunas situaciones los medios de pago también pueden generar inflación; no digo que no sea así. Lo que sí quiero señalar es que en el caso del Uruguay -en Argentina la inflación siempre fue muy parecida a la nuestra y a veces también lo fue en Chile- estos factores no son relevantes como causa de inflación.

En este momento, ¿cuáles son las causas concretas? Ya las dijo el señor Ministro de Economía y Finanzas, y en ese tema comparto su posición. En primer lugar, es evidente que los precios internacionales se dispararon y no se pueden manejar. Me refiero a la carne, al trigo y al combustible, entre otros. Como dije, no tenemos ninguna chance de manejar los precios internacionales. El precio del petróleo sigue aumentando y de pronto mañana ANCAP tiene que subir el de los combustibles. ¿Esto genera inflación? Claro que sí, pero no tengo posibilidades de cambiar esta situación que depende también de los rubros afectados. Seguramente a Chile no le ocurre esto porque el cobre no es un producto de consumo interno. Pero los precios internacionales que están afectando al mercado uruguayo se dan en rubros que no sólo son de exportación sino también de consumo interno. Antes tenía otros mecanismos, como las detracciones, con las cuales podía jugar para que el precio que recibía el exportador fuese inferior al internacional y de esa manera era menor el efecto del precio internacional sobre el de consumo interno. Pero en este momento no cuento con este mecanismo.

Por tanto, este es un elemento clarísimo, muy nítido: no hay quien pueda negar que los precios internacionales están incidiendo. Además, alcanza con mirar cuáles son los rubros que están subiendo en este momento.

La segunda causa se relaciona con lo siguiente. Hace poco estuve en un seminario en Santiago de Chile donde conté que debido al invierno crudo que tuvimos bajó la oferta de frutas y verduras. Obviamente, si no hay oferta, se genera un problema en la relación oferta-demanda y el precio sube. ¿Y cómo puedo resolver esta situación? Importando estos rubros. Pero esto no tiene nada que ver con los factores monetarios; se trata de factores climáticos y de precios internacionales. Eso es claro.

Por otra parte, es posible que cuando en una economía como la uruguaya, que no está acostumbrada a crecer a estos ritmos -durante cincuenta años crecimos a una tasa de un 2% y desde hace tres años llevamos un ritmo de crecimiento en el entorno del 6% al 7%; ¡bienvenido sea!-, se generan reestructuraciones de precios internos, sea muy natural. También es natural y lógico que estas reestructuraciones generen un poco de inflación.

Por lo tanto, estoy convencido de que tengo que atacar las causas concretas y específicas de la inflación que tenemos en este momento. Eso es primordial. Quizás el Banco Central buscará elevar un poco la tasa de interés y restringir los medios de pago, pero creo que eso tiene efectos extremadamente limitados, sobre todo en una economía dolarizada. Entonces, ¿qué se está buscando? Bajar costos. ¿Para qué? Como acá se dijo, no se quiere llegar a una inflación por encima del 10% porque ello generaría una indexación lo que, a su vez, conllevaría más inflación de costos. ¿Qué tiene de malo que se tomen todas las medidas habidas y por haber para no llegar a ese 10% de inflación? Nada; a mí me parece bien que se haga. ¿Qué tiene de particular hacer eso? ¿Qué tiene que ver esto con maquillajes o no maquillajes?

Se han tomado algunas medidas, tales como -esto se expresa en la exposición de motivos- la derogación del Impuesto a la Compra de Moneda Extranjera. ¿Qué significa derogar este impuesto que pagaban las empresas estatales? Darles la oportunidad de no aumentar las tarifas de los servicios públicos. ¿Qué estamos combatiendo? Los costos, porque seguramente no están jugando en esto. ¿Por qué se reducen las tarifas públicas? Porque las tarifas públicas tienen costos. No me puedo olvidar de que en 1990 una persona a la que honestamente respeto mucho y que se llama Javier de Haedo -en ese entonces integraba el equipo económico del Partido Nacional- en un momento subió el precio de los combustibles. Como consecuencia de ello se fue a hablar con las autoridades de ANCAP, las que, como estaban acostumbradas a estos temas, le dijeron que el aumento debía ser gradual. De Haedo dijo que no, argumentando que ese era el precio internacional y que, por lo tanto, la suba debía hacerse toda de golpe. Como resultado, en setiembre de 1990 hubo una inflación de un 13% a raíz de una mala idea, de un cierto grado de dogmatismo. Seguramente, si ahora me sentara a conversar con Javier de Haedo él reconocería aquella decisión equivocada que tomó, porque ahora tiene mucha más madurez, independientemente de que nuestras ideas sean o no similares.

Como decía, las medidas que se han tomado son bajar las tarifas públicas, intentar disminuir la cuota mutual -como expresa la exposición de motivos- y exonerar del IVA a algunos rubros tales como la carne de ave y de otro tipo. Es decir que se están considerando los rubros contenidos en la canasta familiar para ver cuál de ellos está subiendo y tratar de ayudarlo con costos fiscales. Por otro lado y por suerte, los precios internacionales generan estos aumentos en los precios internos. Pero, ¡bienvenidos sean los precios internacionales altos para seguir creciendo a un ritmo del 7%, porque de esa manera puedo empezar a bajar el desempleo y generar más recaudación, lo que a su vez puede ayudar a atender, nada más ni nada menos, que el tema de la pobreza en algunos sectores sociales! Si para crecer a un ritmo del 7%, la inflación sube del 6% al 8%, ¡fantástico! Desde este punto de vista, no tengo dudas de que lo que se está buscando en este momento es definir cuáles son los rubros en los que está creciendo la inflación para tratar de limitar y de controlar ese crecimiento, a veces con costo fiscal, con acuerdos, con diálogo, con controles por parte de los propios consumidores, sin llegar por ahora a medidas de control de precios, aunque de pronto en algún momento sea necesario hacerlo. O sea que se está intentando buscar un mecanismo para no llegar a los dos dígitos de inflación, porque ello complicaría la situación ya que generaría indexación por la vía de pasividades y salarios. En mi opinión, eso está bien.

En cuanto a qué está solicitando el Poder Ejecutivo mediante este proyecto de ley, tal como lo hice en Comisión cuando me plantearon esa pregunta, con total franqueza debo decir que no lo sé y que no tengo ninguna información. Reitero: no lo sé y no tengo ninguna información del Poder Ejecutivo a ese respecto. Sin embargo, quiero expresar con claridad que, conceptualmente, lo que dice esta iniciativa es que el Poder Ejecutivo está pidiendo una partida por una sola vez. ¿Qué quiere hacer con esa partida por una sola vez? Tomarla y luego, ya sea en el mes de octubre, noviembre o diciembre, destinar una parte a la resolución de este tema del subsidio. ¿En cuánto tiempo lo va a hacer? No sé. ¿Lo va a aplicar de manera lineal? No sé. En los hechos todo esto depende de cómo evolucione la situación de los precios internos. Por ello se solicita una masa de recursos para subsidiar este rubro, y después se verá.

Más aún; lo que se dice concretamente en el artículo 2º es: "El Poder Ejecutivo reglamentará el mecanismo de subsidio, pudiendo para ello celebrar los convenios con organismos públicos, privados o personas públicas no estatales que estime necesarios". En mi vieja actuación en el Parlamento, como integrante de la oposición, hubiera dicho que esto es una especie de cheque en blanco. Sí lo es; pero de esta manera se le da al Poder Ejecutivo la oportunidad de que analice cuáles son las posibilidades, el momento, la oportunidad, los montos y las cantidades, de atender un rubro que, además de afectar a determinados sectores sociales del país, también influye en el costo de vida, en el Índice de Precios al Consumo y en el índice de inflación y, al mismo tiempo, se le permite establecer algún grado de

limitación o de restricción a fin de que éste no llegue a los dos dígitos y tenga que haber indexación.

Muchas gracias.

SEÑOR PRESIDENTE.- Cerrando la lista de oradores, tiene la palabra el Miembro Informante, señor Senador Baráibar.

SEÑOR BARAIBAR.- Señor Presidente: la exposición del señor Senador Couriel prácticamente redondea este debate y me siento absolutamente identificado con sus expresiones. De todas maneras, voy a hacer uso de la palabra para precisar dos o tres conceptos que se manejaron durante el debate.

En primer lugar, debo aclarar que no ha sido intención de un legislador que hizo uso de la palabra ofender al Instituto Nacional de Estadística ni a la vieja Dirección General de Estadística y Censos, de la que fui funcionario; trabajé con Ariel Davrieux varios años así como con Directores integrantes del Partido Nacional, y puedo afirmar que es un organismo ejemplar. Por lo tanto, de ninguna manera puedo dejar de contestar las expresiones vertidas en Sala que sostienen que es comparable al INDEC -o sea, al Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina-, que es una vergüenza en lo que tiene que ver con el manejo de las cifras, a tal punto que ha provocado que hoy la Argentina sea una verdadera Torre de Babel y no se sepa cuáles son los datos confiables en materia de estadísticas, factor importante desde el punto de vista de la credibilidad de la economía.

Por otro lado, debo señalar que este proyecto de ley en ningún momento habla de inflación -que no se pretenda traspasar esa idea-, sino de combatir el alza de precios, con lo cual técnicamente se quiere establecer una diferencia notoria respecto al concepto de inflación. En cuanto a los factores que han influido en esta situación, se destacan el clima y el contexto internacional, conceptos claramente alineados con las expresiones vertidas por el señor Ministro de Economía y Finanzas en la última interpelación.

Ahora bien, respecto a la asignación del subsidio, lo razonable sería que para ello se tomara en cuenta una ponderación del porcentaje de boletos vendidos en cada lugar, aunque aclaro que esto lo digo por mi cuenta, no es que lo haya hecho ni que lo vaya a hacer el Ministerio. Naturalmente, de ocurrir así, un porcentaje mayor de esa asignación será destinado al área metropolitana de la capital, sin perjuicio de que se pueda destinar lo que corresponda a otros lugares. Eso es lo que dice el proyecto; no se impide la asignación del subsidio a otros lugares, pero no se establece expresamente. Por esa razón, no vamos a acompañar la propuesta de modificación presentada por la oposición.

Antes de finalizar mi intervención, me voy a permitir sugerir la lectura de la exposición del señor Ministro de Economía y Finanzas en la sesión en que fue interpelado, particularmente la parte en la que con lujo de detalles describe cuáles son los cuatro factores que han incidido mayormente en el aumento del costo de vida -que son el precio del combustible, la carne, el trigo y la verdura-, así como las decisiones a tomar para atenuar sus efectos.

SEÑOR GALLINAL.- ¿Me permite una interrupción, señor Senador?

SEÑOR BARÁIBAR.- Con mucho gusto.

SEÑOR PRESIDENTE.- Puede interrumpir el señor Senador Gallinal.

SEÑOR GALLINAL.- Señor Presidente: he solicitado esta interrupción para que el señor Senador Baráibar aclare una expresión que acaba de utilizar con relación al alcance de este proyecto de ley. Si no me equivoco, dio a entender que el proyecto de ley está pensado exclusivamente para el área metropolitana, básicamente de la ciudad de Montevideo. Además, señaló que esto puede extenderse a todas las zonas urbanas y suburbanas del territorio nacional. Sin embargo, de la lectura del artículo correspondiente surge, no que puede, sino que se aplicará a todas las zonas urbanas y suburbanas del territorio nacional, sean o no de la ciudad de Montevideo. En mi opinión, esa es la interpretación correcta.

Planteo la consulta al señor Senador porque creí entender que este sistema de subsidios se aplicaría preferentemente a Montevideo y, eventualmente, a otras ciudades, pero al leer el texto, como dije antes, surge que lo que aquí se dispone se aplicará a todas las zonas urbanas y suburbanas del territorio nacional.

Muchas gracias.

SEÑOR PRESIDENTE.- Puede continuar el señor Senador Baráibar.

SEÑOR BARAIBAR.- Lo que dije es que si se empleara un criterio para establecer el subsidio -esto corre por mi cuenta, no pretendo que se tome como una idea del Ministerio de Economía y Finanzas-, lo obvio sería que la asignación se hiciera en función de la cantidad de boletos vendidos. Naturalmente, en una distribución del subsidio por boletos vendidos, un porcentaje mayor se destinaría al área metropolitana y al centro de Montevideo.

Para terminar y para que quede constancia de ello en la versión taquigráfica, voy a leer las expresiones del señor Ministro Astori el día de la interpelación: “no estamos ante una inflación. Esto no es inflación. Inflación es un incremento generalizado, desordenado e incontrolable de los precios. Esto no es lo que estamos teniendo en el Uruguay.

No es inflación, sino el impacto negativo sobre el costo de vida que tienen algunos bienes de la canasta familiar, como consecuencia de los factores que acabo de señalar". Como dije antes, fundamentalmente han influido las variaciones climáticas, el aumento de los precios internacionales y la inflación importada del dólar.

Luego el señor Ministro agrega: "¿Por qué he repetido tantas veces que la inflación está bajo control? Porque sigue estándolo aunque vaya superando la meta que trazó el Banco Central para este año, puesto que conocemos dónde está focalizada y los factores que la determinan; además, estamos adoptando medidas para controlarla. Esas medidas incluyen la prudencia fiscal, sin abandonar la atención de necesidades de nuestra población, que fueron postergadas durante décadas y no podemos olvidar".

Otro elemento que se ha mencionado como causa de la inflación es el gasto público. Cuando se analizó la Rendición de Cuentas, presenté en un gráfico la evolución del índice del gasto público como porcentaje del Producto Bruto Interno. Allí se podía observar que en el año 1999 se ubicaba en el 32%, mientras que actualmente está en el 26%, en una tendencia a la baja, aunque se ha estabilizado en los últimos años.

En el último índice de coyuntura publicado también figuran las cifras medidas en moneda constante en pesos uruguayos y se puede apreciar que en enero del año 2004 el monto era de $ 105:000.000 y ahora asciende a $ 109:000.000. O sea que no es cierto lo que se ha dicho y creo que se ha explicado claramente que ese no es el motivo.

Recuerdo que hace unos años tuve una discusión con el señor Senador Alfie -en esa época Ministro de Economía- en una Comisión de la Cámara de Representantes, donde cordialmente le dije que ya había terminado la clase que venía de impartir en la Facultad de Ciencias Económicas, pues quiso seguir dando clase en la Comisión, y nosotros le explicamos que no éramos sus alumnos sino parlamentarios, de jerarquía similar a la suya.

SEÑOR PRESIDENTE.- Señor Senador: deje ese coloquio y diríjase a la Mesa.

SEÑOR BARAIBAR.- Ahora nos quiso dar clase sobre inflación, pero quiero explicar cómo influyen en esa definición la inflación en dólares, los factores climáticos y los aumentos de los precios internacionales, que nada tienen que ver con la demanda.

Por todo lo señalado, vamos a votar el proyecto de ley tal como fue enviado por el Poder Ejecutivo.

SEÑOR ALFIE.- Pido la palabra para contestar una alusión.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor Senador.

SEÑOR ALFIE.- Señor Presidente: estas son alusiones múltiples; es algo así como la teoría de los equilibrios múltiples, que si lo desean, la explico, pues esta teoría también se aplica a la inflación.

En ningún momento dije que el Instituto Nacional de Estadística esté haciendo lo mismo que el INDEC; simplemente manifesté que se puede maquillar el índice con estas variables que el INE mide, que reflejan exactamente el valor.

SEÑOR BARAIBAR.- El señor Senador se refirió al INDEC.

SEÑOR ALFIE.- Lo que expresé fue que empezábamos a transitar el camino de la Argentina, porque ese país comenzó con una detracción para que ciertos precios no aumentaran, siguieron subsidios a tarifas de gran incidencia en el índice, sólo para disfrazar la realidad. De ninguna manera señalé -porque no lo creo y a las pruebas me remito- que el INE hiciera esas cosas, y afortunadamente para el Uruguay eso es así, porque tenemos demasiados Bonos en unidades indexadas y si el INE toca algo se cae la estantería enseguida.

La segunda alusión se refería al gasto público, que es un problema de flujo y no de stock. Además, no es atemporal. Si en una situación en que la demanda está presionada, se presiona adicionalmente, lo que se hace es presionar los precios de corto plazo con una limitada disponibilidad de bienes. El problema no es que el gasto público sea la causa de la inflación, sino que en realidad es el arranque; la causa de la inflación, indefectiblemente, va a terminar siendo monetaria y se debe al exceso de dinero. Si sólo tengo $ 100 y sólo hay disponible este vaso, estaré dispuesto a pagar hasta $ 100; pero si cuento con $ 200, lo pagaré hasta $ 200, y así su precio aumenta.

Cuando se reitera machaconamente el tema de los precios internacionales, debo señalar que, mirando el IPC, el precio de los combustibles en el Uruguay en el último año bajó un 5% en pesos, por lo cual es imposible que sea causa de inflación. En cuanto al precio de exportación de la carne, no subió sino que bajó si lo consideramos en pesos. Con relación al índice de precios de los bienes que se comercian internacionalmente, se constata que el promedio -algunos suben y otros bajan- se sitúa en un 6% en el último año. Cuando se observa el índice de precios de los bienes y servicios que no se comercian en el resto del mundo -es decir los servicios, las reparaciones de los autos, la peluquería, la entrada al cine, al estadio, o la comida fuera del hogar-, vemos que el valor alcanza al 11%. Esto demuestra que hay inflación, y no se trata del precio de los morrones ni de los zapallitos, que no están incluidos en ese porcentaje.

Tendría muchas más alusiones para responder, pero finalizó aquí.

SEÑOR PRESIDENTE.- Se va a votar en general el proyecto de ley.

(Se vota:)

- 21 en 23. **Afirmativa.**

SEÑOR GALLINAL.- Pido la palabra para fundar el voto.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor Senador.

SEÑOR GALLINAL.- Señor Presidente: en nombre de nuestro sector parlamentario, Correntada Wilsonista, queremos manifestar que votamos afirmativamente el proyecto de ley porque estamos dispuestos a acompañar toda medida que signifique un abaratamiento de insumos fundamentales para la vida del país. Sin perjuicio de ello, reiteramos que no compartimos los fundamentos expresados en la exposición de motivos de la iniciativa del Poder Ejecutivo.

SEÑOR LAPAZ.- Pido la palabra para fundar el voto.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor Senador.

SEÑOR LAPAZ.- Señor Presidente: hemos votado afirmativamente este proyecto de ley teniendo en cuenta que por el artículo 1º se va a contemplar a todo el país, incluyendo a los vecinos de ciudades y pueblos que en el interior de nuestro Uruguay profundo se trasladan en ómnibus de transporte colectivo.

Esperamos que, aparte de ser contemplado el rubro de pasajeros en las áreas urbanas y suburbanas, se tenga en cuenta el transporte departamental, ya que las distancias de Montevideo en muchos casos son superiores a las que hay en cada capital del interior. En Montevideo hay lugares que distan 20 ó 30 kilómetros, y aun más si tomamos en cuenta el área metropolitana; entonces, para hacer justicia, a nivel departamental debería considerarse como trayecto de corta distancia hasta 50 kilómetros. De esa manera habría una actitud equitativa por parte del Poder Ejecutivo.

SEÑOR DA ROSA.- Pido la palabra para fundar el voto.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor Senador.

SEÑOR DA ROSA.- Señor Presidente: en idéntico sentido a lo expresado por el señor Senador Gallinal, acompañamos la iniciativa basándonos en la razón que surge del propio Mensaje del Poder Ejecutivo, en el sentido de que la intención es abatir la inflación y tenerla bajo control.

Creo que cuando comencemos la discusión del articulado debemos tener en cuenta los aportes de los señores Senadores Gallinal y Antía en cuanto a establecer dentro del texto del articulado que el subsidio que se plantea en este proyecto de ley se distribuya en forma equitativa -la expresión "en forma equitativa" me parece muy importante- dentro de las zonas urbanas y suburbanas de todo el país. ¿Por qué? Porque disponer un subsidio significa un sacrificio fiscal, y por más que el país lo pueda llevar adelante en este momento, es necesario y justo que se distribuya equitativamente en todo el país.

Con las precisiones expuestas, hemos votado en general el proyecto de ley, y esperamos que prospere la redacción propuesta por los señores Senadores Gallinal y Antía, porque daría al articulado la precisión necesaria para que lo que va a ser un subsidio dispuesto por el Estado, se distribuya en forma equitativa en todo el país.

SEÑOR GAMOU.- Pido la palabra para fundar el voto.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor Senador.

SEÑOR GAMOU.- Señor Presidente: en el día de hoy vengo al Senado y me llama la atención que se vote en general un proyecto de ley, porque en la Cámara de Representantes lo que votamos es el pasaje a la discusión particular. En realidad, votar un proyecto de ley en general y no votarlo después, donde las papas queman, que es en los artículos en particular, no me parece adecuado. Considero que es mejor lo que se hace en la Cámara de Representantes. En definitiva, votar el pasaje a la discusión particular de un proyecto de ley es como no votar absolutamente nada. Lo que hay que votar son los artículos que ahora pasaremos a tratar, que son los que realmente rebajan el boleto.

SEÑOR PRESIDENTE.- Le agradecemos la interpretación que ha hecho del Reglamento.

El Senado ingresa a la discusión particular.

Léase el artículo 1º.

SEÑORA XAVIER.- Formulo moción para que se suprima la lectura de los artículos.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si no se hace uso de la palabra, se va a votar la moción, formulada por la señora Senadora Xavier.

(Se vota:)

- 22 en 22. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

En consideración el artículo 1º.

SEÑOR GALLINAL.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor Senador.

SEÑOR GALLINAL.- Señor Presidente: hemos votado en general el proyecto de ley y pensamos votarlo también en particular. Aspiramos a que se apruebe un pequeño ajuste en la redacción del artículo 1º, de manera que quede absolutamente claro que se trata de un beneficio para el transporte colectivo de pasajeros urbano y suburbano "y de corta distancia", como muy bien quiere agregar el señor Senador Lapaz, dentro de todo el territorio nacional. Que es equitativo quiere decir que el porcentaje de disminución del precio del boleto tenga determinada equidad dentro de todo el territorio nacional. Creo que equitativo no es que se tenga en cuenta la cantidad de boletos que se expenden porque, si eso es lo que se tiene en cuenta, es evidente que la disminución del costo del transporte colectivo en las localidades del interior del país será prácticamente cero porque no va a quedar margen para aplicarlo con carácter nacional. Aspiramos a cambiar la redacción sin establecer un corsé, sin cerrar la aplicación del proyecto de ley al Poder Ejecutivo, en particular al Ministerio de Economía y Finanzas, en el momento de su reglamentación, ya que no establecemos porcentajes, sino un criterio equitativo. Es por ese motivo que acompañamos esta iniciativa.

Me parece que quedó claro que una cosa es buscar la forma de disminuir la carestía y otra diferente es bajar el precio de determinados productos y servicios. Creo también quedó muy claro en la exposición de motivos que para el Poder Ejecutivo los únicos factores que generan un aumento en el precio de los servicios, son los que allí se mencionan, es decir, aspectos climáticos y el contexto internacional, pero se olvida de factores de carácter interno, a los cuales ya nos referimos en abundancia. Precisamente, para ayudar a corregir las consecuencias negativas de la inflación, es que vamos a acompañar este proyecto de ley, ya sea en su redacción original, si no hay más alternativa, o en la redacción que hemos propuesto, a la que agregaríamos la expresión "y de corta distancia", propuesta por el señor Senador Lapaz, si se comparten los criterios expuestos.

SEÑORA DALMAS.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra la señora Senadora.

SEÑORA DALMAS.- Señor Presidente: al contrario de lo que aquí se ha manifestado, considero que cualquier otra redacción que se dé al artículo 1º, diferente de la actual, tal como sabiamente indicaba el señor Senador Aguirre, es restringir la interpretación del proyecto de ley, porque acá se dice que se autoriza al Poder Ejecutivo a subsidiar el transporte colectivo de pasajeros urbano y suburbano; en el texto no se menciona dónde, pero se supone que es en el Uruguay, porque estamos legislando acá. De alguna forma, también está dando una potestad al Poder Ejecutivo para implementarlo de la mejor manera posible con esta cantidad que se le asigna como partida por única vez.

En este momento, más allá de las consideraciones planteadas, doy argumentos para no restringir esta redacción y dejarla abierta, de la forma en que está, sin indicar localidad ni lugar, más que el país del que estamos hablando y para el que estamos legislando.

Muchas gracias.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el artículo 1º con la redacción que viene de la Comisión.

(Se vota:)

- 18 en 22. **Afirmativa.**

SEÑOR GALLINAL.- Solicito que se rectifique la votación.

SEÑOR PRESIDENTE.- Se va a votar nuevamente el artículo 1º.

(Se vota:)

- 21 en 22. **Afirmativa.**

En consideración el artículo 2º.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota:)

- 21 en 21. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

En consideración el artículo 3º.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota:)

- 21 en 22. **Afirmativa.**

Ha quedado aprobado el proyecto de ley, que se remitirá a la Cámara de Representantes.

(No se publica el texto del proyecto de ley aprobado, por ser igual al considerado)

SEÑOR ANTIA.- Pido la palabra para fundar el voto.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor Senador.

SEÑOR ANTIA.- Es una lástima que no se haya aceptado la modificación propuesta al artículo 1º. Lo que nos motivó a presentar el texto sustitutivo es la experiencia del mal manejo del fideicomiso en ocasión del incremento del gasoil, ya que a pesar de que lo pagaron los productores rurales de todo el país, lo absorbió solamente el área metropolitana.

SEÑOR LAPAZ.- Pido la palabra para fundar el voto.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor Senador.

SEÑOR LAPAZ.- Pienso que al hablar en el artículo 1º del "transporte colectivo de pasajeros urbano y suburbano" no se comprende al área metropolitana, porque son viajes interdepartamentales. Creemos que con el agregado "y de corta distancia" -que implicaría viajes de hasta cincuenta kilómetros-, el Poder Ejecutivo quedaría facultado para beneficiar el transporte del área metropolitana.

SEÑOR KORZENIAK.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor Senador.

SEÑOR KORZENIAK.- Simplemente, quería indicar que pensé que se estaba fundando el voto del artículo 3º, que no tiene nada que ver con el 1º.

22) SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

SEÑOR PRESIDENTE.- El Senado continúa con la consideración del proyecto de ley del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Tiene la palabra el señor Senador Lorier.

SEÑOR LORIER.- Señor Presidente: este proyecto de ley sobre el Sistema Nacional Integrado de Salud, desde nuestro punto de vista, no lo podemos ver aislado de otros asuntos de igual importancia. El proyecto alternativo que estamos intentando plasmar en el Uruguay, aborda unitariamente un conjunto de temas a los que podríamos llamar, con cierta libertad, consumos de desarrollo. Ellos son, sin agotarlos, básicamente la educación, la vivienda, la alimentación y, por cierto, la salud. Estos consumos son clave, tanto para la población en general como para cada uno de los uruguayos, desde el punto de vista del avance nacional y en el sentido de un país productivo con altos niveles de calidad y de justicia social. En efecto, nos preguntamos cómo no lograr meternos en el mundo productivo de esta imparable revolución científico tecnológica, por ejemplo, sin trabajadores -y sus familias- que tengan solucionados estos consumos básicos. Se trata de consumos imprescindibles para el desarrollo uruguayo, en el sentido de las grandes mayorías nacionales. El concepto de desarrollo, para nosotros, es mucho más vasto que el de simple crecimiento. Además, son consumos que provocan el mejoramiento del mercado interior y significan, por distintas vías, el incremento de la demanda agregada interna, con todas las repercusiones que ello tiene.

Si abordamos este tema desde el ángulo de la salud, vamos a un encuentro con aquella mirada primera más general. En efecto, nuestro concepto de salud es amplio y abarca no sólo las cuestiones propias, específicas, técnicas de la salud, sino también un conjunto de problemas más vastos relacionados con la alimentación, el saneamiento, la vivienda, el trabajo digno y la educación de los individuos. No diremos que sea arar en el mar, pero es difícil, muy difícil, lograr avances en lo estrictamente sanitario, sin el abordaje simultáneo de esas materias que tanto inciden en el estado sanitario de nuestra población. Por eso, queremos expresar nuestra coincidencia plena con el concepto complejo de salud elaborado por los doctores Villar y Capote; cuando decimos que se trata de un concepto complejo, nos referimos a que abarca lo biológico, pero también lo social. Asimismo, deseamos manifestar nuestro desagravio frente a los intentos de caricaturizar ese concepto, máxime cuando proviene de quienes nos dejaron un país con un millón trescientos mil pobres y con más de trescientos mil indigentes, de los cuales la inmensa mayoría son niños.

Señor Presidente: sobre este escenario más global nuestro Gobierno pone en discusión este proyecto de ley que recoge importantes aportes de la sociedad en su conjunto, propuestos en el seno del Consejo Consultivo para el cambio en la salud. Se trata de una de las reformas centrales del gobierno del Frente Amplio, inseparable no sólo de las dos leyes que hemos aprobado anteriormente, que son las de descentralización de los servicios de ASSE y la de creación del FONASA, sino también de medidas presupuestales y de gestión adoptadas para robustecer el sistema público estatal enormemente descuidado y desorganizado en los años anteriores. Recordemos, simplemente, que Salud Pública había reducido su presupuesto en un 40% durante el Gobierno anterior y que habían cerrado ocho mutualistas, mientras otras se encontraban a punto de hacerlo. En contraste, en 2008 se destinarán $ 8.800:000.000, lo que supone un incremento de $ 1.200:000.000 con respecto al año 2007. Igualmente, vale la pena recordar la existencia de unos 15.000 funcionarios de Salud Pública que tenían salarios de entre $ 4.000 y $ 6.000 y que en el Ministerio sólo había 5 inspectores para ejercer su estratégica función de rectoría del sistema. Sobre este panorama desigual, de derrumbe y de colapso, la reforma se propone crear paulatinamente un sistema nacional integrado financiado por un seguro nacional de salud; más concretamente, este proyecto reafirma la idea de un sistema mixto público-privado y,

por lo tanto, ni privatiza ni estatiza la salud. Desde nuestro punto de vista, uno de los aspectos centrales que busca concretar el proyecto es una estrategia de prevención de atención primaria de la salud. Por cierto, esa reforma ya está en curso, por ejemplo, con la campaña "Libre de Humo de Tabaco", pero ahora, de un modo integral, se establecen los incentivos necesarios para hacer realidad la prevención. A través de la tabla de cápitas, el sector público que es el regulador y también el que dispone de los recursos, se encuentra en posición de pedir la prestación del servicio por ahora vinculado a la atención materno infantil. Ahora, a través de este mecanismo, se estructura la prevención y se generan los incentivos necesarios, ya que el sector público puede pedir a las instituciones aquello que en principio no tienen interés en hacer, al establecerse un plus. Esto va a permitir que no se disminuyan los recursos a la salud destinados por el país, sino que se administren mejor, abordando la enfermedad donde se debe, es decir, en sus inicios, en beneficio de la población y con un costo menor.

Otro aspecto que queremos destacar es el cambio del modelo de gestión a través de la dotación al sistema de la profesionalidad y de la participación de usuarios y trabajadores. Asimismo, nos interesa llamar la atención sobre el cambio en el modelo de gasto y financiamiento con el nuevo Fondo Unico, el FONASA y el aporte de los usuarios en función de sus ingresos, lo que nos parece muy importante.

El resultado de la primera etapa de la reforma será la ampliación del número de beneficiarios a 25.000 trabajadores públicos, 80.000 jubilados y 470.000 menores de 18 años hijos de activos del FONASA, de los cuales 240.000 son integrantes de hogares pobres.

Por último, basándonos en el concepto de reforma dinámica, queremos decir que los sectores sociales que falta integrar al sistema y que aquellos elementos que se deban mejorar en los distintos planos se seguirán introduciendo y mejorando paso a paso, hasta llegar al acceso de todos los uruguayos a los servicios integrales de salud.

Estas medidas que estamos adoptando, indudablemente, tocan importantes intereses; esto lo reconocemos y, entonces, entendemos que también es lógico y esperable que quienes los representan intenten y se manifiesten por mantener lo que en nuestro concepto ha significado una desmedida participación en una torta que no era nada chica, porque se llevaba ni más ni menos que once puntos del Producto Bruto Interno antes de la crisis. Por esa razón, no nos extraña la oposición que se manifiesta en lo político y en lo social, pero creemos que también es importante tener la seguridad de que aquí hay un rumbo definido y que se volcarán cada vez más recursos a nuestro pueblo, volviendo realidad, nuevamente, algo muy importante desde nuestro punto de vista que señalaba el doctor Carlos Gómez Haedo y que, inclusive, tiene que ver con la propia filosofía de este proyecto de ley al que en general estamos apoyando, en el sentido de que nuevamente el ser humano sea el centro de atención en materia de salud en nuestro país.

Muchas gracias.

SEÑOR PRESIDENTE.- Continuando con la lista de oradores, tiene la palabra el señor Senador Cid.

SEÑOR CID.- Señor Presidente: quiero comenzar señalando que algunas de las afirmaciones que se hicieron en Sala me han dejado profundamente sorprendido, ya que aseverar que nosotros empezamos la reforma por los más baratos del espectro de ciudadanos, aludiendo a los niños y a los adolescentes, realmente es una afirmación sorprendente. Asimismo, se ha dicho que esta iniciativa es una medida de simpatía hacia la cobertura de los niños, lo que realmente nos resulta inaceptable.

Quiero decir que no es cierto que en los últimos 25 años el país procesó cambios en la estructura de la salud que permitieron que el país tuviera una cobertura como nunca antes la había tenido. En realidad, no hubo direccionamiento de las estructuras públicas ni de las instituciones de asistencia médica colectiva, y si algo es ejemplo de ello, es el cierre de 8 instituciones durante el último período de Gobierno. Pero además el Estado mantuvo, fundamentalmente, una inequidad absoluta y una desigualdad total, no sólo con el sector privado, ya que incluso en el sector público la inequidad fue notoria en las prestaciones, en virtud de la postergación del Ministerio de Salud Pública al que se lo trató como una Cenicienta. Si algún dato podemos manejar al respecto, es el de la asignación de recursos, ya que en 2004 el Ministerio de Salud Pública recibía por usuario potencial alrededor de $ 280, mientras que las instituciones de asistencia médica colectiva percibían $ 850. Quiere decir que por cada dólar que se asignaba al Ministerio de Salud Pública, el sector privado recibía tres, y este es un ejemplo categórico de alguna de las realidades que el sector público tiene y que este Gobierno se ha propuesto cambiar. Hasta ahora ha existido una discriminación notoria del sector público en cuanto a la asignación del presupuesto, tal como ha quedado claramente expresado. Había una postergación salarial de sus funcionarios que percibían salarios equivalentes a un tercio de los del sector privado. Hoy en día se está visualizando cómo este Gobierno, sensibilizado y también presionado -debemos reconocerlo-, ha ido estableciendo criterios de recuperación salarial de sus funcionarios que mucho importan al momento de fortalecer las prestaciones del Ministerio de Salud Pública. Por otra parte, había un notorio retraso tecnológico que hoy se está revirtiendo, y también existía ineficiencia e ineficacia, ya que cada enfermo internado en el área pública significaba el triple del promedio de internación con respecto al área privada, con todo el impacto social que eso implica en un sector marginal y económicamente desvalido. También había una absoluta centralización de las decisiones que, realmente, eran muy laxas y no tenían el carácter normativo que debería existir en el Ministerio de Salud Pública. Un factor fundamental, además, era la ausencia de controles, ya que el Ministerio de Salud Pública no los ejercía; me refiero a ausencia de controles de su estructura y de los prestadores privados. Era el vale todo, y por eso cerraron ocho instituciones de asistencia médica colectiva, porque a pesar de

tener los datos, no fueron monitoreados a tiempo y no fueron advertidos los directores y directivos de esas instituciones para poder corregir esa situación, cosa que sí hizo de entrada este Gobierno. Si no hubiésemos actuado con un control firme, hoy tendríamos dos instituciones de asistencia médica colectiva menos. Este Gobierno intervino Impasa y permitió recuperar su funcionamiento y equilibrio económico; además, intervino Casa de Galicia, y hoy la institución está en vías de encontrar una solución para su problema económico. Esta es la situación histórica del Ministerio de Salud Pública.

No se puede decir que lo que estamos proponiendo sea un paso atrás, tal como se ha afirmado en este Cuerpo; no es un paso atrás por muchas razones que voy a examinar. Aclaro que no voy a hablar del Sistema Nacional Integrado de Salud, ya que la señora Senadora Xavier ha sido absolutamente contundente en su informe y no se puede agregar más elementos a lo que ella ha expresado. Pero sí quiero hablar del proceso de cambio en la salud, porque así debe ser entendido. Obviamente, este proceso de cambio no se va a agotar con este Gobierno y, quizás, tampoco con el próximo. En ese sentido, creo que uno de los elementos de destaque en este proceso de cambio es su nacimiento, que se da con la creación del Consejo Consultivo de la Salud, que ha sido un instrumento representativo de todos los actores que intervienen en el área de la salud y que han trabajado codo a codo con las autoridades del Ministerio de Salud Pública. Es cierto que algunos actores se han quejado de que sus aportes no fueron reconocidos. El Consejo Consultivo como tal no tiene capacidad de decisión, y si bien es cierto que la Facultad de Medicina hizo alguna objeción a su funcionamiento, también lo es que personalmente hice notar al señor Decano que cuando él hizo sus aportes a la Comisión de Salud Pública del Senado, el proyecto de ley estaba prácticamente aprobado. Son los tiempos de la Universidad, de los cuales Salud Pública no puede hacerse responsable.

Por lo tanto, el proceso de cambio de este Sistema Nacional Integrado de Salud tiene objetivos muy claros, que son: la equidad, la oportunidad, la continuidad y la obtención de la calidad. El doctor José Manuel Freire, uno de los gestores de los cambios en salud en España, y que también ha sido consultor en Suecia -que constituye uno de los modelos de atención-, expresaba, en una entrevista que le hiciera "Las voces del Frente" el jueves 31 de mayo, que la salud es algo muy complejo. Decía que no existen soluciones sino soluciones de continuo cambio que ojalá sean para mejorar. También señalaba que el sistema de salud es parte de la historia de un país, de sus realidades sociales, culturales, profesionales y económicas, y hacía notar que le llamaba la atención que un país como Uruguay, que había tenido una estructura y una preocupación social histórica, no hubiese elaborado un proceso de cambio en un área tan sensible como la de la salud. Esto no lo decimos nosotros, sino el doctor José Manuel Freire en la segunda visita que hizo a nuestro país. El hablaba del estado de bienestar, y creo que estamos en ese proceso de ir obteniéndolo. Como decía el compañero Lorier, esto tiene mucho que ver con la calidad de vida de los habitantes porque, tal como han asegurado referentes de las reformas sanitarias, para obtener ese valor esencial que es la salud, se jerarquizan, básicamente, las acciones intersectoriales, que son las que logran lo que la Organización Mundial de la Salud entiende como ganancia de salud.

Este país ha llevado adelante -esto también lo señalaba el señor Senador Lorier- acciones intersectoriales que han permitido tener algunos elementos de mejoría, aunque no los suficientes como para que nos sintamos conformes con ello. El profesor Vincent Navarro, redactor del informe de la reforma del Gobierno español en 1996, insiste en este criterio. ¿Por qué insistimos en este criterio? Debemos preguntarnos dónde se asientan las mayores pérdidas en salud, y eso está reseñado en el excelente libro titulado "Reformas sanitarias y equidad", donde se señalan algunos datos que coinciden con otros que hemos obtenido en estos últimos días. Allí se expresa que las clases de la burguesía tienen menor impacto en pérdida de salud con respecto a los desocupados y a los trabajadores manuales. Esto habla de la importancia, en este tema, de lo social y de la valoración individual que cada uno tiene de su transcurrir en la vida. En esta última semana, en el Hospital de Clínicas se revelaron algunos datos que van en este sentido. Por ejemplo, se dio a conocer que el 80% de quienes padecen insuficiencia cardíaca -que representan un 10% de los mayores de 60 años, del cual 75% son hombres- son pobres, y el 50%, son desocupados. Aquí vemos la importancia de la intersectorialidad.

Hacemos énfasis en este aspecto porque este Gobierno ha estado esencialmente preocupado en disminuir la pobreza y en generar fuentes de trabajo. De esa manera, la intersectorialidad incide en los procesos de salud. Así, podemos hablar de la reducción de las brechas de la inequidad, del Plan de Emergencia y del Plan de Equidad. Podemos decir que en el 2008, 330.000 niños van a acceder a la asignación familiar, y en el 2009 lo harán medio millón, recomponiendo esa estructura de pobreza que se ha venido insertando en este país y que hoy nos hace tener la triste realidad de que el 50% de los niños nacen en hogares pobres. De esta forma se ha cortado la movilidad social que existía cuando uno era joven y que permitía que quienes teníamos un origen humilde pudiéramos acceder a una formación universitaria.

¿Cómo se expresa esto en otros indicadores, también muy sensibles? Se expresa en la mortalidad infantil. En el 2004 la mortalidad infantil era del 13,2 por mil, es decir que se morían 13,2 niños cada mil nacimientos; en 2006, con este Gobierno, con un Plan de Emergencia en funcionamiento y un Plan de Equidad pensado hacia el futuro, la mortalidad infantil es de 10,5 por mil. Este indicador muy sensible ha permitido seguir disminuyendo la mortalidad infantil y, sobre todo, en algunos departamentos cuyas cifras en este sentido eran aterradoras. Por ejemplo, podemos señalar que, en el 2005, en Cerro Largo fallecían 22,3 niños cada mil nacimientos y que en Salto fallecían 18,6 niños cada mil nacimientos. Esas tasas fueron drásticamente abatidas en

los indicadores del 2006 y, obviamente, no cuento con los datos del 2007 porque, con seguridad, aun no están terminados. Podemos ver con esto cómo juega la intersectorialidad de las acciones de salud. Entonces, señalar que estamos yendo para atrás en las reformas de salud, realmente no es aceptable.

Aquí también se planteó una duda que es legítima. Al habilitarse la posibilidad de que ASSE brinde cobertura a gente que la va a elegir a través del mecanismo del Fondo Nacional de Salud, se está produciendo un cambio cultural y filosófico significativo. Eso, de la mano de una mejora en la cobertura de salud del Ministerio de Salud Pública, va a constituir un factor de competencia, por la calidad de las prestaciones, que debe ser bienvenido. Todo esto forma parte de este plan.

Se planteaba la duda en cuanto a si las órdenes y tiques serían también cobrados por el Ministerio de Salud Pública. Debemos decir que no, porque tenemos el compromiso de la señora Ministra de Salud Pública, quien nos ha expresado la voluntad del Gobierno de seguir abatiendo, dentro de las posibilidades, los costos de las órdenes y tiques, con acciones concretas dirigidas a determinadas patologías. Queremos hacer énfasis en ese punto porque recordamos -y no queremos pasar ahora facturas políticas- que las órdenes y tiques surgieron en el año 1993, cuando se perdió el conflicto con las sociedades anestésico-quirúrgicas y se aceptó el pago del acto médico sin contar con financiamiento, lo que disparó el costo de una manera geométrica.

A su vez, se ha planteado que se debería reforzar mucho la atención primaria de salud, y me parece que al decir esto hay datos que no se conocen. Este Gobierno, en estos dos años y medio, habilitó la provisión de casi dos mil cargos, fundamentalmente destinados a la atención primaria de la salud. Sabemos que son insuficientes, pero constituye una señal importante en cuanto a la prioridad que está asignando el Ministerio de Salud Pública a esta área de la salud. A esto se suma la adquisición de ambulancias, la mejora en las condiciones de trabajo de los técnicos y no técnicos, y la asignación de recursos, que me parece que evita cualquier otro comentario.

Decíamos que en el 2004 Salud Pública percibía $ 280 por cada usuario, mientras que las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva recibían $ 850. En el 2007, sin embargo, hubo un incremento en el presupuesto de Salud Pública de $ 3.000:000.000 -es decir, de US$ 117:000.000-, de tal manera que hoy el Ministerio percibe US$ 320:000.000 por concepto de presupuesto del año 2007. A su vez, en el 2008 tendrá $ 8.800:000.000 asignados, es decir, $ 1.200:000.000 más con respecto al 2007. Esto va a elevar la cápita de Salud Pública a $ 524 por eventual usuario, y si esto a su vez produce que muchos de estos niños y adolescentes se asistan en el área mutual, Salud Pública dispondrá de un mayor presupuesto para atender al remanente que persista bajo su cobertura. Esto va equilibrando la situación, aunque va a seguir faltando. No olvidemos que Salud Pública estuvo abandonada durante décadas, que tiene una estructura degradada. Con todo, este Gobierno ha venido haciendo inversiones en infraestructura, sobre todo en el norte del país; está a punto de inaugurarse el centro oftalmológico del Hospital Saint Bois con ayuda del Gobierno cubano -donde por suerte se han presentado algunos oftalmólogos, aunque hasta el día de hoy siguen desconociendo el mandato ministerial para que los pacientes con cataratas sean intervenidos quirúrgicamente-; y se va a inaugurar el Sanatorio Español, vamos a contar con el equipo más moderno de imagenología molecular, que permitirá diagnosticar patologías morfológicamente expresadas en forma mínima, como el Alzheimer y otras enfermedades bien complejas.

Por otra parte, se han creado por ley organismos consultivos nacionales y departamentales. Esto realmente es una innovación que va en la misma línea de la descentralización. Tenemos la creación del FONASA, con más de 25.000 funcionarios de la Administración Central, cuyas cuotas de cobertura de salud están siendo absorbidas por Rentas Generales. Se han adoptado estrategias de intervención específica en distintas áreas como, por ejemplo, el centro de la Ciudad Vieja, que nuclea 25.000 usuarios potenciales, de los que 1.500 provienen del PANES; 25 proyectos de "Animate a la salud", etcétera. Es decir que aquí hay una estrategia de avanzar en problemas específicos, entre los que cabe destacar el control del tabaquismo, adicción que tiene un impacto absolutamente negativo en la estructura sanitaria.

Además, este proceso de cambio se ajusta exactamente a lo que la OMS plantea como los tres objetivos que deben impulsar cualquier reforma en este sentido, y esas tres normas básicas del "Proceso de Reforma" -así lo llama la OMS- son, en primer término, que las reformas tienen más éxito cuando se enfocan sobre los prestadores -así se está procediendo con este nuevo sistema-; en segundo lugar, se dice que las reformas deben implementarse en forma gradual, proceso en el cual las autoridades del Ministerio de Salud Pública y del país están empeñadas. Ahora queremos hacer alguna puntualización, porque aquí se hizo un cuestionamiento de las potestades de la Junta Nacional de Salud, pero la OMS también recomienda un cambio en el papel del Estado: "Menos remo y más timón", dicen, ejemplificando así cómo debe realizarse este proceso. El Estado debe conducir la salud y los cambios que en ella se produzcan y, en ese sentido, la Junta Nacional de Salud -que, reitero, aquí ha estado severamente cuestionada- va a cumplir ese rol, y debe hacerlo porque además tiene una estructura absolutamente democrática en su integración, donde están los prestadores de los servicios asistenciales, naturalmente el Estado, y también los usuarios y los trabajadores. Esto, que es inédito en el país, le da a su vez una particular fortaleza a la Junta Nacional de Salud, lo que consideramos de gran importancia.

Quiero volver momentáneamente sobre el tema del control del tabaquismo. El doctor Richard Saltzman, de la Emory University, dice que la evidencia disponible muestra de una manera abrumadora que el mayor impacto en la salud está

dado por los programas específicos del tipo de los que hoy viene llevando adelante el Ministerio de Salud Pública. En ese sentido, queremos rescatar la reciente visita que nos hiciera la Directora de la OMS, en la que saludó algunas de las decisiones que viene adoptando este Gobierno al respecto y que mucho jerarquizan este proceso de cambio. Hace un mes, la doctora Margaret Chan señalaba lo pertinente que ha sido la adopción de algunas de las decisiones tomadas en el proceso de cambio que está implementando el Gobierno.

Volviendo ahora a la postura del doctor Freire -profesional español al que hacíamos mención hace un rato, como uno de los gestores del cambio del sistema de salud español-, recordamos que señaló que, de todas las reformas en salud que se vienen procesando en América Latina, la del Uruguay es la que tiene mayores fortalezas.

Por lo tanto, creo que no podemos seguir hablando de menor calidad de asistencia, ya que se ha cambiado cualitativamente el posicionamiento de la cobertura de salud del país. Además, creo que no es cierto que ingresen los usuarios más baratos en este casi medio millón de jóvenes, niños y adolescentes que van a estar cubiertos por el sistema formal en el área de la salud, porque debemos recordar que el 50% de ellos proviene de hogares pobres. Entonces, este no es un tema de que sean los más baratos o de que se trate de un tema de simpatía; esta es una necesidad de apoyo social que hace que uno tenga un gran entusiasmo por esta reforma que hoy seguramente va a ser votada en este Cuerpo. Se trata de un entusiasmo legítimo porque, en este proceso de cambio, ya se visualizan situaciones realmente revolucionarias.

Voy a dejar por aquí mi exposición, señor Presidente, porque vuelvo a decir que los compañeros que me precedieron brindaron al Cuerpo un informe exhaustivo, pormenorizado, muy concreto, al que, por otra parte, no habría mucha cosa para agregarle.

SEÑOR PRESIDENTE.- Continuando con la lista de oradores, tiene la palabra el señor Senador Couriel.

SEÑOR COURIEL.- Señor Presidente: dada la hora, voy a intentar ser lo más breve que pueda.

Como integrante de la Comisión de Hacienda del Senado, participé del análisis de este proyecto de ley en los últimos seis meses. La Bancada de Senadores y Diputados del Frente Amplio trabajó intensamente junto al Ministerio de Salud Pública y, en los últimos tramos, también con el Ministerio de Economía y Finanzas. Quiero dejar expresa constancia de que los seis meses de trabajo, sobre todo con el Ministerio de Salud Pública, fueron muy fecundos, muy constructivos y muy positivos. Me quedé absolutamente conforme porque pude comprobar que recibía toda la información que solicitaba, que había diálogo, que había posibilidades de manifestar discrepancias y que, en este último aspecto, se buscaban todos los mecanismos para poder resolverlas. De manera que desde ese punto de vista, y de lo que muchas veces supone las relaciones entre el Poder Ejecutivo y el Poder Legislativo -que no son sencillas-, estoy muy conforme y contento por el trabajo que llevamos adelante con el Ministerio de Salud Pública.

También digo claramente que estoy conforme con las resoluciones de mi movimiento político, el Frente Amplio, y por eso he venido aquí, en el día de hoy, a votar afirmativamente este proyecto de ley. Ahora bien, esto no quiere decir que no tenga puntos de vista distintos o matices, a los que me voy a referir, al menos, para que de ellos quede constancia.

En primer lugar, creo que este proyecto de ley tiene muchos aspectos positivos. El primero es que -hablemos claro- el sistema de salud de nuestro país tiene un problema que no es menor: la crisis de las mutualistas. En algunas de ellas el problema es de crisis de gestión. Entonces, de alguna manera uno de los objetivos de este proyecto de ley es tratar de solucionar ese tema. ¡Bienvenido, pues, que se pueda resolver este problema de la crisis financiera de las mutualistas!

En segundo término, el Sistema Nacional Integrado de Salud permite la competencia entre distintos prestadores, sean públicos o privados. He visto y escuchado en distintos medios de comunicación que este proyecto de ley estatiza. Esto no estatiza nada; simplemente mantiene y trata de dar vigor y fuerza a las mutualistas que tienen una historia en nuestro país y que no las podemos olvidar ni dejar de lado. Siento que también es algo positivo que las mutualistas puedan competir. Ojalá ASSE también pueda competir con las mutualistas, porque sería muy importante para el futuro.

En tercer lugar, creo que aporta más elementos para la regulación del Estado. En ese sentido, entiendo que la salud es un sector que necesariamente tiene que ser regulado por el Estado. El mercado no me va a resolver los problemas de la salud, por los despilfarros y, por sobre todas las cosas, porque en él los sectores de menores ingresos no tienen ninguna posibilidad de atenderse. Desde ese punto de vista, entonces, esta mixtura entre el sector público y el privado me parece que es un elemento muy importante; pero, por sobre todas las cosas, también lo es la regulación que el Estado debe hacer. Es muy posible que el hecho de que el Estado sea el que determine los pagos por cápitas en función de la edad y el sexo -que también es otro elemento positivo- le dé más poder para la negociación con las mutualistas. Y esto también es bueno.

En definitiva, para mí, es absolutamente indispensable la regulación del Estado y si este tiene más poder, mejor lo hará. Ahora bien, lo que a veces me inquieta es saber si el Estado tiene la capacidad, la calificación suficiente desde el punto de partida como para llevar adelante esta regulación.

Hay un tema que me preocupa -no sé cómo se resuelve- y es que estamos en el mundo del conocimiento, en donde la velocidad de los avances tecnológicos es impresionante. En salud también hay avances tecnológicos brutales, relevantes. Entonces, este Sistema, la regulación y la capacitación del Estado para llevarla adelante, va a facilitar -ojalá sea así- la incorporación de nuevas tecnologías para que no lleguen diez o quince años después de que fueron generadas, normalmente, en el mundo desarrollado. Bueno, ese es el desafío, y es algo imprescindible porque, por ejemplo, sufrimos años para que viniera al país un acelerador lineal y, de pronto, hay un tomógrafo cada cincuenta metros cerca del Obelisco, lo cual significa un despilfarro.

También me parece bien que se incorpore a los menores de 18 años, hijos de cotizantes a la seguridad social, públicos y privados, pero también a sus concubinos -va a llegar aquí el proyecto de ley de unión concubinaria-, porque la familia clásica del Uruguay se modificó. Es enorme la cantidad de gente divorciada que vive con su concubino o su concubina, que vive con hijos de su mujer y no propios, o al revés. Estas situaciones fueron incorporadas y me parece un hecho positivo.

Es posible que en este no ya Sistema, sino seguro nacional de salud, el hecho de incorporar a jubilados que perciben menos de dos y media bases de prestaciones y contribuciones y a menores de 18 años, lleve a que una parte que se estaba atendiendo en ASSE pase a las mutualistas, porque todos estarán en igualdad de condiciones para poder hacerlo, y si lo hacen es porque también están en condiciones de abonar los copagos.

Hay un artículo en el que se busca -porque este no es un tema menor- que los copagos bajen. Muchas veces he escuchado al Senador Vaillant decir: "Camino por Montevideo y a cada lado que voy me preguntan si vamos a bajar los copagos". En ese sentido, por allí hay un artículo programático. Es verdad que el hecho de que pasen más usuarios al sector privado le da más posibilidades a ASSE, en términos de ingresos por usuario. ¡Ojalá pueda mejorar su gestión! ¡Ojalá haya papel higiénico! ¡Ojalá podamos contar con el personal de enfermería que se necesita, con los recursos humanos correspondientes! ¡Ojalá que todo esto mejore sustantivamente!

Por otro lado -y ahora voy a plantear lo más rápido posible nuestras preocupaciones-, durante la campaña electoral habíamos pensado que la reforma tributaria también contemplara la reforma de la salud. Por varios motivos -que ahora no importa reseñar-, esto no ocurrió; seguramente, si la contemplaba, aumentaba la presión tributaria y una de las ideas era que esta no se incrementara. De todas maneras, el hecho de que la reforma tributaria no contemplara la reforma de la salud, trajo como consecuencia el establecimiento de un régimen contributivo. Creo -y aquí radica mi preocupación- que los regímenes contributivos cada día tienen más dificultades en el plano nacional e internacional, porque cada vez baja más la relación activo-pasivo. En el caso del Uruguay, baja mucho más. ¿Por qué? Primero, porque tenemos tasas de natalidad muy bajas, y esto hace que baje la relación activo-pasivo. Segundo, porque tenemos emigración de activos y de jóvenes, y eso vuelve a bajar la relación activo-pasivo. Tercero, porque por suerte aumenta la esperanza de vida de los más viejos: la gente vive más años y aumentan los pasivos. Entonces, desde ese punto de vista, los regímenes contributivos tienen una dificultad. Pero, por otro lado, el Uruguay tiene una historia de regímenes contributivos de seguridad social que se hicieron cuando la mayoría de los trabajadores eran formales. Entonces, todos contribuían y participaban en el régimen de seguridad social. Lo que ahora nos está ocurriendo, lo malo de todo esto -no de la reforma, sino de la situación del Uruguay- es que el 41% de los ocupados está en el sector informal, no participa del régimen de seguridad social, no cotiza, no paga. Si a ese 41% le agregamos el 9% o el 10% de los desocupados abiertos, llegamos a la mitad; y a ellos hay que sumar las familias. Y estos informales y desocupados quedan directamente sin cotizar y, por lo tanto, no quedan dentro del Sistema Nacional de Salud.

Rápidamente voy a seguir dando más elementos. Quienes me precedieron en el uso de la palabra, en especial la señora Senadora Xavier, se extendieron ampliamente sobre los beneficios del régimen; de manera que no tengo por qué entrar en esos detalles. A modo de titulares, señalo que en el Seguro Nacional de Salud están incluidos los asalariados formales, públicos y privados, y sus hijos menores de 18 años, los jubilados dependientes y no dependientes, así como también los discapacitados.

Ahora bien, algunas personas podrán entrar en etapas futuras, pero no en ésta. Creo que deberían estar incluidos los profesionales y los que reciben en exclusividad rentas de capital, pero como estamos ante un proceso gradual, ellos podrían ingresar al Sistema en cualquier momento. También, como es un proceso gradual, hay que aceptar que van a pasar muchos años para que determinados sectores puedan ingresar, en especial, los jubilados, que tienen costos altos y que significan más aportes fiscales. Por otro lado, los cónyuges van a participar recién a partir del año 2010. Entonces, otra vez surge la misma preocupación: no entran al Seguro Nacional de Salud y no tienen derecho a elegir los informales y los desocupados, así como sus familias, que van a seguir siendo atendidos por ASSE, como seguramente ocurre en estos momentos. Ojalá que ello se realice en mejores condiciones, dada la relación ingreso-usuario que va a tener ASSE.

En lo personal, me preocupa la característica de un nuevo Uruguay. El nuevo Uruguay es un país que no tiene el grado de integración que tuvo en el pasado. El nuevo Uruguay es un nuevo Uruguay con fragmentación social. Entre otras cosas, el nuevo Uruguay todavía hoy significa un 25% de la población que está formando parte de hogares pobres. Uno de los temas centrales de estos hogares pobres es que, tal vez, la única forma que tienen de poder resolver definitivamente ese problema es que tengan un empleo decente. Muchas veces no pueden tener empleo decente

porque no tienen la calificación ni la capacitación para ofrecerse en el mercado de trabajo. Lleva mucho tiempo resolver el problema de los sectores que no tienen capacitación. Por lo tanto, me parece bien poner la prioridad en los niños. ¡Salvemos a los niños de los hogares pobres! Algunos niños de los hogares pobres van a entrar al Sistema porque entre los asalariados hay pobres que van a integrarse al Seguro Nacional de Salud. No obstante, otros -que son la mayor proporción- no van a entrar. Nuestra preocupación es que en el Uruguay, en estos momentos, se han generado guetos: guetos de ricos y guetos de pobres. Siempre digo que, de alguna manera, tengo la suerte y el honor de haber ido a la escuela de Juan Lacaze. Era la única escuela y a ella concurrían los hijos de los profesionales, de los obreros, de los marginales y de los pobres. Precisamente, allí los hijos de los pobres tenían vínculo con el resto de los sectores sociales y en el relacionamiento se les facilitaba poder acceder a otras instancias e, incluso, a otros trabajos. Pensamos que hay que tomar esto en su conjunto. Probablemente, habrá que instrumentar programas zonales para sacarlos del gueto; esto lleva mucho tiempo y no se puede resolver de un día para el otro. Por un lado, se está haciendo el esfuerzo de darles alimentación mediante el Ingreso Ciudadano y las Asignaciones Familiares; y está bien que así ocurra. Por otro lado, mediante las escuelas de tiempo completo se trata de darles una mejor educación. Muchas veces siguen yendo a escuelas de pobres y sólo se vinculan con pobres; ahí tenemos otro problema, porque el gueto se sigue manteniendo. ¿Por qué digo todo esto? Por supuesto que esto no se resuelve si no hay un proyecto zonal de urbanismo y de vivienda para ver cómo empiezan a salir y a vincularse con el resto de la sociedad, pudiendo vivir en otros lados como históricamente ocurrió en el Uruguay. Probablemente, muchos niños pobres no tengan más remedio que atenderse en ASSE, pero por lo menos podemos dar la oportunidad a aquellos que están en condiciones de decir que son informales, que están desocupados pero que tuvieron ocupación, para que su hijo -aunque, repito, el padre no tenga la ocupación correspondiente- pueda elegir. Y lo de la elección no fue por casualidad. Ingresaron al Seguro Nacional de Salud 18.000 nuevos asalariados: 17.983 fueron a las mutualistas y 17 a ASSE. Entonces, démosle la chance a estos niños pobres para que sientan que van a ser atendidos en materia de salud en las mismas condiciones que el resto de los niños de la sociedad.

Señor Presidente: desde este punto de vista, siento que hay limitaciones en la solidaridad y en los subsidios. Dos tercios del Fondo Nacional de Salud se financian por Rentas Generales y un tercio con aportes de los asalariados y las empresas. ¿A dónde van los dos tercios de Rentas Generales? A subsidiar a los asalariados formales, públicos y privados, y a sus familias; sin duda, van a subsidiar a las mutualistas. Y no estoy en contra de ello, porque éstas deben salir de la situación en que se encuentran. Me preocupa que estos subsidios vayan a los sectores formales y no a los sectores que seguramente más los necesitan, que son los más desprotegidos; me refiero a los hijos de los informales, de los desocupados, de los pobres. Cuando me planteo lo relativo a la solidaridad, debo señalar que en este proyecto de ley la hay y va desde los asalariados de mayores ingresos a los de menores ingresos, que tienen más hijos. Allí va la solidaridad. Hay solidaridad de los que no tienen hijos, que van a aportar 1,5% más para el resto de los asalariados y sus hijos. No dan aporte solidarios los profesionales -de los que el 83% está en los deciles 9 y 10- ni tampoco los que reciben ingresos exclusivos de rentas de capital. Por lo tanto, ni los subsidios ni la solidaridad llega, a mi entender, a la gran mayoría de los hogares pobres, ni a los desocupados ni a los informales que, a mi criterio, son los que más lo necesitan.

Señor Presidente, voy a votar contento este proyecto de ley. Soy frentista; creo que en la democracia los partidos políticos tienen que ser fuertes y para serlo, deben ser disciplinados, y yo soy muy disciplinado. Voy a seguir trabajando firmemente por el Frente Amplio y digo que, en nombre de la democracia -que es libertad de opinión y de expresión y quiero tenerla también en mi fuerza política; nunca me han limitado esa libertad-, estoy expresando mis matices y mis puntos de vistas, a veces un poco distintos, con respecto a esta reforma del sistema de salud.

Es cuanto quería manifestar.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra la señora Senadora Percovich.

SEÑORA PERCOVICH.- Señor Presidente: en las intervenciones de quienes no nos van a acompañar en este proyecto de ley diría que hay dos tendencias. Por un lado, está la de quienes desde el "pique" no comparten el proyecto de ley en sus bases y, por lo tanto, hay como una imposibilidad de acordar porque partimos de enfoques distintos con relación a qué debe ser prioritario en la reforma de la salud. Entonces, es comprensible que primero hayamos tenido que ponernos de acuerdo entre nosotros en una reforma que es compleja. Por otra parte, hay otra corriente expresada que cree realmente que hay que hacer una reforma pero que no comparte la forma que hemos adoptado. Es más, algunas de las intervenciones han tenido un carácter grotesco al calificar la fundamentación filosófica de esta reforma, pero considero que no vale la pena contestarla. Incluso, se han hecho algunas afirmaciones que creo falsas. Tenemos ejemplos de excelentes sistemas públicos del Estado: el de Inglaterra es uno, a pesar de que se dijo que no era así. Cualquier persona que se accidenta en la calle en ese país, es atendido fantásticamente bien y no se le cobra absolutamente nada, además de tener un perfecto control de los usuarios. Lo digo con propiedad porque tengo familiares viviendo allá y tuve oportunidad de conocerlo.

Sin embargo, considero que esta corriente que no cree en que realmente hay que hacer atención primaria de salud para bajar los costos y controlar para que ello sea así en el desorden que se ha provocado en nuestro sistema de salud, piensa así porque es una tendencia que solamente ve números y lucro en los servicios de salud. Diría que es también esa cabeza la que ha prostituido al sistema demasiado

profundamente, porque también sus actores han terminado pensando solamente en la remuneración y en el lucro. Es esa tendencia la que piensa que va a bajar el nivel de atención de la salud -si es que en algún momento bajan los subsidios- porque no cree que la mejora de la calidad con que ella se brinde depende de cómo se atiende a la gente en ese primer nivel para prevenir los costos del segundo y tercer nivel.

Me interesa dar algún ejemplo de lo que se está haciendo, en función de lo que hemos compartido en el transcurso de la discusión de este proyecto de ley con otros señoras y señores Senadores en la Comisión de Salud Pública, que entienden que lo importante en una reforma de salud es fortalecer el sistema público y descentralizar y fortalecer el primer nivel, que es justamente a lo que pensamos que se apunta con esta iniciativa. También dio ejemplos el señor Senador Cid de algunas de las cosas que se están haciendo en ese sentido en el fortalecimiento del sistema público y en el fortalecimiento y la descentralización hacia las policlínicas, así como en el reforzamiento de la atención primaria. Algunos datos ya se han dado con relación a las inseguridades en que se encontraban los funcionarios y que miles hoy han pasado a ser presupuestados, mientras que a los nuevos que han ingresado para realizar la atención primaria, como decía el señor Senador Cid, se les ha triplicado el sueldo. El mencionaba cinco inspectores, pero hoy son cien.

Quiero recalcar, justamente, el fortalecimiento de algunas de las infraestructuras que estaban abandonadas. El señor Senador Cid señalaba la del Hospital Saint Bois, la construcción del Centro Oftalmológico para hacer diagnóstico de patologías prevalentes; eso es atención primaria de salud ocular. También hay que destacar la reapertura del Hospital Español, con un CTI para adultos y niños, salas quirúrgicas y la coordinación con policlínicas periféricas; eso es reforzar en la atención primaria de la salud. Asimismo, cabe mencionar la dignificación de los centros de salud, como es el caso del Hospital Filtro, del de Monterrey, Pajas Blancas, Misurraco, Giordano, todos periféricos. En el interior, cabe destacar la mejora de los hospitales y centros de salud, como es el caso del de Santa Lucía, Rivera, San José y Treinta y Tres; así como también tres nuevas policlínicas en Canelones, el nuevo Hospital de Colonia, el de Rosario, Nueva Palmira, en Soriano la remodelación del de Dolores, el de Mercedes y el de Bella Unión.

Son 113 los puntos de asistencia en Montevideo que forman parte de la red de atención primaria, con una distribución territorial equitativa; en el interior son 19 regiones, en cada una de las cuales hay un coordinador departamental que organiza el primer nivel de las 207 policlínicas también distribuidas territorialmente. Creo que son hechos que hay que mencionar porque es fortalecimiento de la salud pública, así como el comienzo de una atención a la descentralización y al primer nivel.

Recibo informes permanentes del Ministerio de Salud Pública -como supongo que también recibirán todos los señores Senadores- de la red de atención primaria del área metropolitana, que surge con mucha potencia porque se apoya en una experiencia de descentralización y de atención primaria que durante quince años desarrolló la Intendencia Municipal de Montevideo. Es una experiencia similar a la de Tacuarembó, tal como señalaba el señor Senador Da Rosa. Cuando uno se apoya en algo que ya venía funcionado, es evidente que los resultados se potencian.

Voy a leer algunos de esos comunicados que ha hecho la red de atención primaria de Montevideo, porque son un ejemplo del fortalecimiento que se ha experimentado en ese sentido. Entre ellos, voy a mencionar el Programa de la Niñez; el Programa del Sueño Seguro evitando las muertes súbitas y la capacitación del funcionariado de las policlínicas en ese aspecto; la incorporación de termovacunas; la coordinación pediátrica de emergencia; la actualización de los pediatras y de los médicos de familia en temas tales como los marcos legales del derecho a la salud de la niñez y la adolescencia. En este país, lamentablemente, no se sabía que los niños y los adolescentes tenían derecho a la salud y que había que atenderlos aunque no estuvieran con un adulto. Esto no se practicaba en la salud pública y tampoco en muchas instituciones privadas, pese a que hay un marco legal que lo establece. En ese sentido, se ha estado capacitando en los Objetivos del Milenio suscrito por este país como Estado Parte y en la Convención de los Niños y de los Adolescentes, en coordinación con todas las instituciones que atienden niños.

La Merienda Saludable es un Programa de atención primaria para evitar que las familias con menos educación den mala comida a los chiquilines cuando van a la escuela. Eso también deberían hacerlo las instituciones privadas, porque también los sectores medios no alimentan bien a los niños; el carné de los niños y de las niñas, las nuevas pautas para los niños menores de cinco años; los cursos sobre afecciones respiratorias en Pediatría, que estaban absolutamente abandonados; la atención de los hijos de las reclusas en Cabildo; la guía sobre VIH en Pediatría. En esta área tenemos un aumento muy grande y podemos decir que esa detección estaba absolutamente abandonada a nivel de salud pública en nuestros asentamientos y lugares más pobres.

Por otra parte, está el tema de la violencia intrafamiliar, introducida en la conceptualización de la salud. En esta área hay un viejo reclamo desde la recuperación democrática: que existan especializaciones en los adolescentes. Tenemos que hablar de nueve espacios abiertos de programas de salud para adolescentes a nivel de la red de atención primaria, a saber: el Cerro, Sayago, Maroñas, Piedras Blancas, Jardines del Hipódromo, La Cruz, Ciudad Vieja, lugares en los que realmente se necesitan. Esta coordinación barrial tiene lugar con la educación y con los programas que recién señalaba el señor Senador Couriel; maestros comunitarios, la vinculación de escuela, familia y comunidad, los programas de educación sexual, todas ellas reformas que estamos haciendo y que se complementan en el territorio para brindar atención primaria.

Es preciso hacer referencia al tema de los adultos mayores y al carné, así como a dos policlínicas específicas de geriatría en el Cerro y en la Unión, donde hay porcentajes especiales de adultos mayores.

Asimismo, es preciso destacar la adecuada atención de los pacientes terminales, que es otro tema que no se tocaba en la salud pública; la capacitación para los cuidados paliativos; vademécum nuevos de los medicamentos que hay que dar en estos casos y los protocolos de atención. También, la atención de los crónicos, la reasignación de territorios de referencia para los médicos de familia para área, a los efectos de asegurar que aquellos que no se pueden trasladar sean atendidos en su domicilio. Por otra parte, los podólogos, en seis centros para diabéticos; las jornadas de cocina para diabéticos, para las familias y para los propios profesionales de la salud a efectos de realizar las recomendaciones correspondientes; la eliminación de los copagos para medicamentos para los diabéticos. Aquí ya se está cumpliendo con algo que establecimos en uno de los artículos: la progresiva atención de los enfermos crónicos y la eliminación de los copagos de aquellos que permanentemente tendrían que pagar tique por determinados medicamentos.

En el área de la atención primaria hay varias prevenciones: la del cáncer de cuello de útero; los cursos para mejorar las tomas y la forma de detección, que consiste no sólo en dar vacunas ya que éstas son para las mujeres que no han tenido relaciones sexuales. Entonces, en un programa que es uno de los prioritarios para evitar la muerte de las mujeres por cáncer genito-mamario, es muy importante la mejora en la calidad de la atención al realizar la detección y la prevención de la enfermedad. La prevención del cáncer colo-rectal; se estudia hasta la logística de la entrega de los exámenes para que la detección sea rápida. En las redes de atención primaria se están estudiando todas esas cosas.

Por supuesto, se hace un abordaje de la violencia doméstica en todas las edades; la prevención de la salud renal; la gratuidad del Papanicolau y de las mamografías, donde hay otra eliminación de copago para un programa prioritario de la epidemiología del país.

También figura el monitoreo de las muertes maternas. Aquí se decía que nosotros tenemos menos mortalidad materna que en Cuba. Lo que voy a decir es que aquí se hacía un muy mal registro de las muertes maternas. Muchas muertes ni siquiera registran que se trataba de mujeres embarazadas. Hoy, en cambio, se está empezando a hacer con un protocolo bien específico, porque se creó un comité de seguimiento de las muertes maternas. ¿Cómo se hacen los registros a nivel de salud pública? Estamos detectando que se hacían muy mal y que en esos protocolos hay que exigir cómo se deben hacer. Además, hay que realizar las autopsias, que ni siquiera se hacían.

Se habló sobre la prevención y el tratamiento del tabaquismo; la experiencia de la aplicación del test rápido de VIH y de sífilis; el abordaje de la salud ambiental; la coordinación interinstitucional. El asentamiento “Isla Gaspar” fue un típico ejemplo de coordinación de distintos elementos institucionales, donde se aplica una atención integral de la salud, por las calidades ambientales en que se vive en ese asentamiento y la configuración de la detección de las calidades de la salud de las personas que allí habitan. Esa es una experiencia de la aplicación de la atención primaria, a pesar de que aquí se dijo que el artículo 34 era simplemente motivo. A mi juicio, aquí hay un ejemplo concreto de una aplicación integral de lo que puede ser una acción de atención primaria.

Hagamos mención también de los talleres para los odontólogos con el objeto de aplicar el Programa de Salud Bucal; el móvil odontológico en una zona como Villa García; las mejoras en calidad de atención y coordinaciones zonales, lo cual es especialmente importante; la evaluación con las farmacias comunitarias, cuyos representantes nos visitaron en la Comisión; los Sistemas de Coordinación y mejora de información de las propias farmacias de Salud Pública; las diez ambulancias nuevas en el área metropolitana; la participación de los usuarios en las Comisiones de Salud; los cursos de atención al ciudadano, es decir, cómo se atiende en las policlínicas, en los centros de salud, todo esto para los funcionarios de la red de atención primaria; la supervisión de las empresas de limpieza; los cursos para los administradores de las empresas y de las licenciadas de enfermería para hacer un control correcto; las posibilidades de atención telefónica en los centros especialmente numerosos de usuarios de la Salud Pública, tales como el Cerro y Piedras Blancas.

El señor Senador Cid habló de la reducción de la mortalidad infantil y, a propósito, creo que estas son líneas de la atención primaria en la descentralización de las policlínicas. Se nos decía que algunos de los artículos son muy vagos. En ese caso, nos gustaría escuchar redacciones alternativas a los artículos 32, 34, 37 y 38, que son muy generales, pero una ley de este tipo debe tener principios generales y esta es la demostración de la voluntad de aplicar realmente atención primaria integral y atención en prevención. Creo que el simple seguimiento y el entusiasmo de querer hacerlo está demostrando con hechos la voluntad de cambiar el sistema de salud. Evidentemente, creo que es muy importante el control del despilfarro. Creo que, efectivamente, esa Junta a la que se ha llamado “la chica superpoderosa”, debe tener un cierto poder para restablecer el equilibrio entre quienes son más vulnerables y hasta ahora habían sido dejados de lado, a fin de lograr la calidad de la atención, que es el derecho a la salud del que aquí se hablaba. Es un derecho al cual estamos obligados y que no es solamente el que se establece vagamente en la Constitución y más claramente en la Ley Orgánica de la Salud -Ley Nº 9.202-, pero mucho más claramente todavía por la Organización Mundial de la Salud, en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966, que nosotros ratificamos y que está aprobado por ley. El comité de expertos hace un seguimiento de los cumplimientos de la

salud en los Estados Parte. Nosotros estamos obligados, y las definiciones del primero, segundo y tercer nivel en estos artículos -que se dice son tan vagos-, son, como decía el señor Senador Cid, las que establece la Organización Mundial de la Salud para los Estados.

Por lo tanto, señor Presidente, creo que con esta iniciativa vamos por el buen camino y seguramente podremos desarrollarla mejor con alguna alternativa que se nos haga llegar. A su vez, tal como se ha señalado, este es un proceso que seguiremos profundizando, mejorando e incorporando cada vez más colectivos.

Quiero agregar que hoy estamos llevando adelante varias reformas y muchas de ellas se concentran en las poblaciones más vulnerables, que son las que deben recibir el apoyo por otros conductos que se complementan con la mejor atención de la salud pública. Queda claro que no todo se centra en recibir la mejor atención en una mutualista, dado que nadie asegura que sea la mejor. Actualmente creo que tenemos herramientas claras para capacitar al funcionariado de Salud Pública, que debe dar una atención compleja a las poblaciones que no han tenido la oportunidad o el privilegio de acceder a la educación que les permita conocer cuáles son sus derechos a la hora de cuidar su salud, la de su familia y la de sus hijos. Considero que las políticas públicas y sociales que estamos llevando adelante por medio del Plan de Equidad, del Plan de Emergencia, por medio de un sistema distinto en cuanto a la educación en el barrio y capacitando a los padres que no trabajan, son complementos imprescindibles para realizar un proceso en el crecimiento de esas poblaciones que son vulnerables como ciudadanos.

Por lo tanto, creo que vamos por el buen camino y que hay que analizar todo esto en conjunto, tal como lo requieren las demandas vinculadas a la atención integral de la salud.

SEÑORA XAVIER.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra la señora Senadora Xavier en su carácter de Miembro Informante.

SEÑORA XAVIER.- Sin duda, podríamos haber conversado mucho más sobre este proyecto de ley tan importante que estamos discutiendo en el día de hoy. Simplemente voy a formular algunas acotaciones, a proponer que la iniciativa se vote en general y a determinar la forma en que se procederá en las próximas sesiones.

Quiero decir que a los hechos que relataban mis colegas recientemente sobre el refuerzo del subsector público, se debe agregar que seguramente el año próximo podremos concretar los $15:000.000 con destino a 411 dependencias, entre hospitales, centros de salud y policlínicas de los diecinueve departamentos de nuestro país. Estos fondos fueron votados en la Legislatura pasada y su instrumentación ha demorado mucho para dar garantías en cuanto a que ese préstamo proveniente del Gobierno de Italia, contara con la mayor transparencia. En más de una oportunidad he dicho que si alguna vez necesitara un CTI, más que el que me corresponde por la institución privada a la que pertenezco, preferiría el del Hospital de Clínicas, que no solamente es pionero en el Uruguay por su excelente calidad, sino también en toda la región latinoamericana. Por lo tanto, creo que se puede recuperar el subsector público volviéndolo tan eficaz, competente y digno -aunque quizás no tanto en materia de hotelería- como el subsector privado.

En lo personal, lo que más me importa es que podamos llevar adelante el doble mecanismo que aquí se planteó. Debemos darnos cuenta de que partimos de un promedio de $ 280 por usuario en Salud Pública. Esto demuestra que salimos de lejos y me parece que lo que hemos hecho en estos treinta meses es muy importante y demuestra que podemos seguir fortaleciendo el sistema. Hasta ahora hemos logrado un incremento del 40% en el presupuesto, por medio de elementos que no sólo ayuden a volcar los recursos sino, también, a descongestionar y a hacer más eficaz la recuperación del sector público. Me parece que lo más importante que podemos lograr -a diferencia de lo que vivimos cuando se profundizó la crisis en el 2002, cuando se produjeron colas inconmensurables y postergaciones de todo tipo- es tener en los dos subsectores -en realidad, en ambos hay insuficiencias y postergaciones- la posibilidad de que en atención sanitaria se cuente con la prevención necesaria y que cuando se necesite la curación, se tenga en tiempo y forma.

Sin duda, se ha hablado del tema de las cápitas y creo que en ese sentido ha habido errores muy importantes. Cuando hay un niño menor de un año que enferma, la cápita estimada es mucho más alta que la de cualquier otro rango etario o dividido por sexo. Todo esto es público y las cápitas más bajas, en los hombres, van de 20 a 44 y de 15 a 19 en las mujeres, lo que echa por tierra algunas de las cuestiones que se plantearon aquí.

Como bien se dijo, esto es parte de una serie de reformas que apuntan a diferentes segmentos de la sociedad y que buscan volver a dar una homogeneidad -intentando cerrar esa brecha y fragmentación que ahora existe- de la que durante mucho tiempo nos enorgullecimos, que es muy fácil de destruir y difícil de volver a tejer. Esta reforma de la salud pretende devolver a la gente la posibilidad de contar con atención y, sobre todo, con prevención y mantenimiento de su salud. A su vez, la reforma tributaria busca hacer más equitativa la distribución de la riqueza y los Planes de Emergencia y de Equidad constituyen elementos que coadyuvan para volver a unir ese tejido social y lograr una sociedad más integrada.

También se hizo referencia a la mortalidad infantil, y no solamente queremos destacar el descenso de 2,7 de las cifras de 2004 a 2006. Destaco que son las cifras más bajas en la historia del Uruguay en materia de mortalidad infantil.

Realmente era una preocupación enorme que un país que solamente tiene 3:400.000 habitantes y que al Norte del Río Negro cuenta con menos población que la que se ha ido al exterior, tuviera esas cifras de mortalidad infantil. Para las posibilidades que tiene un país tan chico desde el punto de vista del territorio, esas cifras eran realmente indecentes y por ello que en tan poco tiempo se hayan alcanzado los valores más bajos en la historia del país, nos alienta a continuar con un trabajo tesonero para que las cosas puedan estar mejor y para ello necesitamos el apoyo de todos. Además de la referencia de ocho instituciones en el último Período, el actual comenzó con una enorme institución -desde el punto de vista de sus afiliados- cayéndose por un gran déficit. Se decidió intervenir y queda claro que esa decisión no contó con el consenso de toda la fuerza política, porque si nos hubieran preguntado nuestra opinión, todos habríamos dado posiciones diferentes acerca de la conveniencia de salvarla o no, teniendo en cuenta lo que implica para el Estado y la pésima gestión que realizaron algunas empresas privadas. Esta Administración logró que dicha institución tuviera una situación superavitaria. Considero que es posible y responsable que este país -a diferencia de otros que tienen sistemas únicos y privados excelentes- tenga un sistema uruguayo que rescate lo público y lo privado.

Muchos nos han dicho que este es un sistema que estatiza, y otros que privatiza; unos, que vamos muy rápido, y otros, muy lento; algunos, que gastamos demasiado, y otros, que esta es una reformita barata. En lo personal creo que debemos mantenernos en el camino del medio y en el sentido de que podamos lograr una recuperación en el menor tiempo posible. Las postergaciones que ha sufrido un sector muy importante y el más vulnerable, como es el de los niños, niñas y adolescentes, no admite veinte años de gobierno progresista o de los Partidos tradicionales, sino que requiere la mayor rapidez en la concreción de los objetivos, ya no políticos en el sentido más estricto, sino de los éticos que implican que el sistema político se dedique a solucionar estos temas.

Aclaro que me produce dolor que nos enteremos aquí que en la Cámara de Representantes se presentará otro proyecto, cuando en el 2005, estos humildes Legisladores junto a las autoridades del Ministerio de Salud Pública convocamos a todas las fuerzas políticas del Parlamento a realizar un debate desde la óptica parlamentaria. En ese momento el Poder Ejecutivo lo hacía desde la órbita de los organismos sociales en las dependencias del propio Ministerio. Fue bastante poco exitoso, porque tuvimos un debate con escasa concurrencia y realmente eso no alentó a que desde el punto de vista legislativo comenzáramos -cuando no había proyectos concretos- a discutir en la Sala 15 -no está muy lejos en memoria de este período legislativo- la reforma de la salud.

Creo que se ha abundado en relación a los copagos: han bajado un 40% promedio; ASSE no cobra copagos. Asimismo, también se abundó con relación al primer nivel de salud, aunque habría muchísimo más para hablar. En todo caso, estos son consensos de hace mucho tiempo, desde Alma Ata hasta ahora. Entonces, ¿por qué no lo hemos podido hacer? ¿No será que un modelo de atención no cambia si no cambia un modelo de financiamiento? ¿Qué otras cosas no hemos hecho cuando todos los gremios de la salud y todos los Partidos coincidieron en la necesidad de una reforma y en definitiva, en un modelo preventivo y no curativo, y no hemos podido hacer cosas en conjunto, cuando esas son bases que efectivamente tenemos en común?

Creo que hay otras cosas que se plantearon sobre el proyecto en concreto, por ejemplo, sobre las regulaciones. No hay sistema que se precie de tal en materia sanitaria -donde hemos dicho que inducir demanda es muy fácil y que los costos son enormes-, que no sea altamente regulado. Esto no significa coartar la libertad de las empresas que tienen un origen privado y no son del subsector público.

En una población como la nuestra, con uno de cada dos niños debajo de la línea de pobreza y con un enorme porcentaje de adultos mayores, sería mucho mejor poder integrar a los jubilados. Hoy se citaba a Freire, que fue un hombre que no sólo hizo una reforma, sino que estudió muchísimo las experiencias comparadas, y no hay posibilidades de hacer esto de un día para otro y de un plumazo. Como él mismo decía, en España, después de 20 años, todavía hay aspectos esenciales, como la universalidad de la cobertura, sobre los cuales quienes han estado en su gestación no se sienten satisfechos.

No puedo dejar de recordar a todos los que para nuestra fuerza política han sido elemento clave y nos han imbuido de la concepción de que la salud en el Uruguay puede tener los niveles de excelencia que tuvieron en sus orígenes muchas de las instituciones solidarias. En ese sentido, quiero nombrar a quien fuera Presidente de mi Partido, el doctor José Pedro Cardoso; a alguien a quien homenajearemos el próximo 17 de octubre, el doctor Juan José Crottogini; al doctor Villar, que tuvo una concepción adaptada a la época en la que diseñó una reforma de esta naturaleza, mucho más hospitalocéntrica que la que hoy tenemos, más aplanada, de primer nivel, que jerarquiza lo local y, por último, al profesor Gómez Haedo y a la doctora Ubach que ha levantado el Hospital de Clínicas desde las ruinas y desde la peor crisis que ha vivido nuestro país.

Solicito que se vote en general este proyecto de ley y, a posteriori, hagamos un cuarto intermedio para el martes 9 de octubre, previa suspensión de la sesión ordinaria correspondiente a ese día.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si no se hace uso de la palabra, se va a votar en general el proyecto.

(Se vota:)

- 17 en 22. **Afirmativa.**

SEÑOR DA ROSA.- Pido la palabra para fundar el voto.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor Senador.

SEÑOR DA ROSA.- Las razones por las que no hemos acompañado el proyecto de ley en general han quedado claramente manifestadas en la exposición que hicimos en la mañana de hoy. Simplemente, queremos hacer una acotación en función de lo que ha sido el debate en cuanto a los argumentos y a las razones manejadas. Se ha hecho especial caudal del tema de la pobreza a nivel de la niñez y del 50% de los niños que se encuentran en esa situación, realidad que naturalmente no puede pasar inadvertida. Pero en atención a la racionalidad y profundidad de los argumentos, debemos tener presente que en este texto, que hoy se ha votado en general, se contempla una pequeña porción de quienes están ante esa situación de extrema pobreza, puesto que hay sectores de más bajos ingresos -que, naturalmente, están en esa situación de extrema pobreza-, que no están cubiertos y, además, están muy lejos de esa posibilidad. Queremos hacer esta puntualización, porque ese argumento se ha manejado con mucha insistencia, y creo que si bien es respetable, tiene mucho de efectividad y poco de concreción en este proyecto que tenemos en consideración.

Naturalmente, no desconocemos las buenas intenciones de ampliar y de tener la mayor cobertura posible, pero a la luz del proyecto que tenemos a consideración, esta es la realidad en cuanto al tema de la pobreza infantil.

SEÑOR BARAIBAR.- Pido la palabra para fundar el voto.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor Senador.

SEÑOR BARAIBAR.- Señor Presidente: hemos seguido con mucha atención el debate en general, con las brillantes exposiciones que hemos escuchado por parte de la Miembro Informante, señora Senadora Xavier; por parte de la señora Senadora Margarita Percovich, con su erudición y sus detalles, y del señor Senador Alberto Cid, con sus conocimientos. Realmente me siento profundamente orgulloso y estoy convencido que este proyecto tendrá que ser, en el futuro, perfeccionado; seguramente tendrá muchas idas y venidas y habrá que modificarlo, pero la revolución cultural que en materia de salud está generando, es absolutamente un hecho irreversible.

Afirmo algo más categóricamente: esta reforma de la salud, junto con la reforma tributaria, que también en materia impositiva está siendo una revolución cultural -más allá de que la tendremos que modificar muchas veces- y todo lo que haremos en este quinquenio, de por sí justifican la labor de la fuerza política del Frente Amplio encabezada por el Presidente Tabaré Vázquez.

SEÑOR FERNANDEZ HUIDOBRO.- Pido la palabra para fundar el voto.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor Senador.

SEÑOR FERNANDEZ HUIDOBRO.- Señor Presidente: hace unas horas me enteré de que pronto se va a presentar un proyecto de ley por el que se creará la Comisión de Festejo del Bicentenario de la Jura de la Constitución, que va a estar integrada por los ex Presidentes y coincidirá con el Mundial del 2030. Yo tendré 88 años, el ex Presidente Sanguinetti tendrá 94 y el señor Senador Korzeniak tendrá 97. Prometemos ir, pero también esperamos que los Senadores más jóvenes, los que tenían 20 a la salida de la dictadura, que tendrán 65, es decir, la edad que ahora tenemos nosotros o los que nacieron en el 1958, que tendrán 72, nos lleven, pidan permiso en los asilos correspondientes y empujen los sendos carritos, y cuando les preguntemos a dónde nos llevan, nos digan, gritándonos por el audífono, ¡al Bicentenario! ¡Al partido inaugural! Uruguay, luego de haber ganado dos mundiales, irá por el tercero. Después de que nos echen, para no causar más molestias en la ceremonia, nos comentarán que vivimos en un país densamente poblado, donde los viejos somos minoría, donde el antiguo Estadio Centenario es el más chico de los estadios del Uruguay, donde no hay topes jubilatorios -como se dijo acá-, ni tampoco jubilaciones por debajo de los ingresos a la edad de jubilarse, ni guetos ni cantegriles y, menos, niños pobres.

Esta ley la recordaremos como la "Ley de Emergencia de la Salud" que se votó en el año 2007. Espero que esos Senadores más jóvenes que yo, que nos lleven en el carrito, crean en este cuento y, si no, que se retiren de la política.

Muchas gracias.

23) SOLICITUDES DE LICENCIA

SEÑOR PRESIDENTE.- Dese cuenta de una solicitud de licencia llegada a la Mesa.

(Se da de la siguiente:)

"El señor Senador Korzeniak solicita licencia entre el 16 de octubre y el 1º de noviembre, inclusive".

- Léase.

(Se lee:)

SEÑOR SECRETARIO (Arq. Hugo Rodríguez Filippini).-

"Montevideo, 2 de octubre de 2007.

Sr. Presidente de la
Cámara de Senadores
Presente

De mi consideración:

Por intermedio de la presente, solicito al Cuerpo que Ud. preside, me conceda licencia, de acuerdo al inc.C del art. 1º de la Ley Nº 16.465 (conferencias en la U.NA.M. de México DF y en la Facultad Libre de Derecho de Monterrey).

El período solicitado está comprendido entre el 16 de octubre y el 1º de noviembre inclusive.

Sin otro particular, saluda atentamente,

José Korzeniak. Senador."

SEÑOR PRESIDENTE.- Se va a votar la licencia solicitada.

(Se vota:)

- 20 en 21. **Afirmativa.**

24) SUSPENSION DE LAS SESIONES ORDINARIAS DE LOS DIAS 2, 3 y 9 DE OCTUBRE

SEÑOR PRESIDENTE.- A continuación, corresponde votar la moción formulada por la señora Senadora Xavier.

SEÑOR MICHELINI.- Pido la palabra para complementar la moción.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor Senador.

SEÑOR MICHELINI.- Concretamente, agregaría que el cuarto intermedio sea hasta el próximo martes a la hora 10 y que se suspenda la sesión ordinaria de ese día.

SEÑOR PRESIDENTE.- Se va a votar la moción formulada.

(Se vota:)

- 20 en 20. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

25) SE LEVANTA LA SESION

SEÑOR PRESIDENTE.- No habiendo otros asuntos a considerar, se levanta la sesión.

(Así se hace, a la hora 22 y 41 minutos, presidiendo el señor **Rodolfo Nin Novoa** y estando presentes los señores Senadores **Antía, Baráibar, Bentancor, Cid, Couriel, Da Rosa, Dalmás, Fernández Huidobro, Gamou, Korzeniak, Lapaz, Lorier, Michelini, Percovich, Ríos, Saravia, Topolansky, Vaillant** y **Xavier.**)

SEÑOR RODOLFO NIN NOVOA
Presidente

Arq. Hugo Rodríguez Filippini
Sr. Santiago González Barboni
Secretarios

Sr. Nelson Míguez
Director General del Cuerpo de Taquígrafos

Corrección y Control
División Gestión de Documentos del Senado

Dep. Legal Nº 211.038/07 - Central de Impresiones Ltda.